

**”SE ON SE TURVALLISUUDEN TUNTU VARMAAN,  
ETTÄ ON KOKO AJAN JOKU, JOLLE PUHUA”:  
ASUKKAIDEN JA OMAISTEN NÄKEMYKSIÄ  
PSYKIATRISESTA KOTIKUNTOUTUKSESTA**

Ari Lehtonen  
Ari-Pekka Roulamo

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2010

Hoitotyö  
Sosiaali- ja terveysala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) LEHTONEN, Ari ROULAMO, Ari-Pekka	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 15.10.2010
	Sivumäärä 64	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi "SE ON SE TURVALLISUUDEN TUNTU VARMAAN, ETTÄ ON KOKO AJAN JOKU, JOLLE PUHUA": ASUK- KAIDEN JA OMAISTEN NÄKEMYKSIÄ PSYKIATRISESTA KOTIKUNTOUTUKSESTA		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) KUHANEN, Carita		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän tutkimuksen tehtävänä oli kuvata erään keskusomalaisen kuntoutusasumisyksikön asukka- iden ja heidän omaisten käsityksiä psykiatrisen kotikuntoutuksen sisällöstä ja toimintatavoista sekä heidän esiin tuomia kehittämiskohteita. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla kuntou- tusasumisyksikön toimintaa voidaan entisestään kehittää.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista menetelmää ja tutkimusmetodiksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu. Tutkimusta varten haastateltiin kolmea kuntoutusasumisyksikön asukasta ja kolmea heidän omaistaan omista haastattelutilanteissaan syyskuussa 2010. Haastattelukysymykset ja teema-alueet muodostettiin teorian ja yksikön henkilökunnan avulla. Haastateltaville lähe- tettiin kysymykset etukäteen tutustumista varten. Äänitetyt haastattelut litteroitiin ja vastauksia analysoitiin teemoittelemalla. Tutkimusta havainnollistettiin sitaatein ja olennaisimmat asiat sisältä- vin kuvioin.</p> <p>Tulosten mukaan kuntoutusasumisyksikön toiminta on merkittävästi helpottanut sekä asukkaiden, että omaisten elämää. Etenkin omaisten mielestä kehitystä on tapahtunut monella elämänalueella asukkaiden päivittäisessä selviytymisessä. Yksikön toimintaan saatiin haastatteluista vähän kehittä- misideoita, koska haastateltavat kokivat toiminnan nykyisessä muodossaan riittävän hyväksi. Asukkaiden ja omaisten näkemykset olivat myös hyvin samankaltaisia. Parasta kuntoutusasumisyk- sikössä nähtiin olevan yhteisöllisyys, yhteinen toiminta ja ympärivuorokautinen valvonta.</p> <p>Tutkimuksesta saadaan tietoa psykiatrisesta kotikuntoutuksesta asiakkaiden näkökulmasta yhden yksikön esimerkin kautta. Vaikka tuloksia ei voida yleistää, voi tutkimus herättää ajatuksia psykiatri- sen kotikuntoutuksen järjestämiseksi ja kehittämiseksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat)  Kuntoutusasuminen, psykiatria, kotikuntoutus, kuntoutus, mielenterveys, avohoito, omainen, mie- lenterveyskuntoutus		
Muut tiedot		



Author(s) LEHTONEN, Ari ROULAMO, Ari-Pekka	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 15102010
	Pages 64	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title "I GUESS IT'S THE SENSE OF SECURITY. YOU ALWAYS HAVE SOMEONE TO SPEAK TO": RESIDENTS' AND THEIR RELATIVES' VIEWS OF PSYCHIATRIC HOME REHABILITATION		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) KUHANEN, Carita		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this Bachelor's Thesis was to describe the residents of a certain residential psychiatric rehabilitation center in Central Finland and the relatives' views about the contents and policies concerning the residents' rehabilitation as well as about the factors demanding further development. The aim was to generate information which would make it easier to develop the rehabilitation center's activities even further.</p> <p>A qualitative method was used in the study and semi-structured theme interviews were carried out. Three residents and three residents' relatives were interviewed in separate interviews in September 2010. The questions and themes were created by studying the related theory and with the help of the staff of the rehabilitation center. The interviewees received the questions beforehand so that they could familiarize themselves with the questions. The recorded interviews were transcribed and the answers were analyzed by on the basis of themes. The study was illustrated by using quotes and graphic figures which were made of the most important content.</p> <p>According to the results, the rehabilitation center's activities have greatly eased both the residents' and their relatives' lives. Especially the relatives saw a major improvement in many areas of the residents' lives considering their coping with everyday life. The interviewees had only a few ideas concerning the further development of the rehabilitation center mostly because they felt that the center's activities were sufficiently good already. Overall, the residents' and relatives' views were very similar. The communality, mutual activities and round-the-clock supervision were seen as the best aspects of the center.</p> <p>This thesis gave information about psychiatric home rehabilitation from the clients' viewpoint by using one center as an example. Even though the results cannot be generalized, they might provoke some ideas about the organization and further development of psychiatric home rehabilitation.</p>		
Keywords Home rehabilitation, psychiatry, rehabilitation, mental health, non-institutional care, relative, psychiatric rehabilitation		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 SUOMALAINEN PSYKIATRINEN HOITO MUUTOKSESSA .....	4
2.1 Psykiatrisen hoidon rakennemuutoksen historiaa .....	5
2.2 Lait mukana psykiatrisen hoidon kehittymisessä .....	7
3 PSYKIATRINEN PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	9
3.1 Avo- ja sairaalahoidon välinen yhteistyö.....	11
3.2 Asumispalvelut.....	13
4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS .....	14
4.1 Psykiatrisen kotikuntoutuksen auttamismenetelmät.....	15
4.2 Yhteisöhoito .....	17
4.3 Omaiset mielenterveyskuntoutuksessa.....	19
4.4 Psykiatrinen kotikuntoutus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä .....	20
4.5 Psykiatrinen kotikuntoutus tutkimuksen kuntoutusasumisyksikössä.....	21
5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	23
7 HAASTATTELUJEN SUORITTAMINEN JA AINEISTON ANALYSOINTI ...	24
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	27
8.1 Asukkaiden näkemykset asumisyksikön toiminnasta.....	27
8.1.1 Huolenpito .....	27
8.1.2 Lääkehoito.....	30
8.1.3 Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen.....	32
8.1.4 Hoidon jatkuvuus.....	33
8.1.5 Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen .....	35
8.2 Omaisten näkemykset asumisyksikön toiminnasta.....	37
8.2.1 Huolenpito .....	37
8.2.2 Lääkehoito.....	40
8.2.3 Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen.....	41
8.2.4 Hoidon jatkuvuus.....	43
8.2.5 Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen .....	45

9 POHDINTA.....	48
9.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	48
9.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat.....	50
9.3 Tulosten tarkastelu ja hyödynnettävyys .....	52
LÄHTEET .....	59
LIITTEET .....	62
Liite 1. Saatekirje haastateltaville.....	62
Liite 2. Haastattelukysymykset asumisyksikön asukkaille.....	63
Liite 3. Haastattelukysymykset asumisyksikön asukkaiden omaisille.....	64

## KUVIOT

KUVIO 1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen .....	10
KUVIO 2. Huolenpito asukkaiden näkökulmasta .....	30
KUVIO 3. Lääkehoito asukkaiden näkökulmasta.....	31
KUVIO 4. Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen asukkaiden näkökulmasta....	33
KUVIO 5. Hoidon jatkuvuus asukkaiden näkökulmasta.....	35
KUVIO 6. Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen asukkaiden näkökulmasta .....	36
KUVIO 7. Huolenpito omaisten näkökulmasta.....	39
KUVIO 8. Lääkehoito omaisten näkökulmasta .....	41
KUVIO 9. Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen omaisten näkökulmasta .....	43
KUVIO 10. Hoidon jatkuvuus omaisten näkökulmasta .....	45
KUVIO 11. Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen omaisten näkökulmasta.....	47

## 1 JOHDANTO

1990-luvulla toteutettu mielenterveystyön rakennemuutos vähensi psykiatrisia sairaansijoja ja leikkasi toimintamenoja niin, että avopalveluihin ei syntynyt riittäviä resursseja. Yhteiskunnalliset muutokset ovat myös olleet yhteydessä terveydenhuollon sisältöön, sekä tavoitteisiin. Muutoksiin ovat vaikuttaneet myös palvelutarpeiden kasvaminen, väestön ikääntyminen, teknologian kehitys ja kansainvälistyminen. Muutokseen on haastettu myös hoitotyöntekijöiden toiminta, sekä resurssit mielenterveystyössä. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 227.)

Psykiatriassa ollaan entistä enemmän siirtymässä laitoshoidosta avohoitoon, ja avohoidon työntekijöiden parista on alkanut kantautua viestiä, että etenkin omaiset ovat huolissaan laitospaikkoja vähennettäessä mahdollisesti tapahtuvasta mielenterveyskuntoutujien heitteille jäämisestä. Tämän vuoksi on tarve selvittää, millainen lisätarve on kuntoutusasumisyksiköille mielenterveyspalveluiden kentällä. On oleellista tutkia, onko psykiatriseen avohoitoon kuuluvien kuntoutusasumisyksiköiden toiminnassa vielä merkittäviä kehittämiskohteita asukkaiden ja omaisten mielestä, ja mihin asioihin ollaan nykyisessä toiminnassa erityisen tyytyväisiä. Kokonaisuutta ajatellen on selvitettävä, missä asioissa kotikuntoutuksesta koetaan olevan hyötyä verrattuna tilanteeseen, jossa potilas muuttaa suoraan hoitolaitoksesta omaan kotiinsa ja sinne mahdollisesti kohdistetaan kotikäyntejä esimerkiksi kerran päivässä.

Asumispalveluiden on tarkoitus parantaa mielenterveyskuntoutujien elämänlaatua ja vähentää erikoissairaanhoidon kustannuksia. Asumisen pysyvyys pyritään säilyttämään asiakkaan omassa kodissa. Myös hoitajaksojen jälkeen varmistetaan, että paluu omaan kotiin on mahdollista. Tarvittavat ja riittävät kuntouttavat palvelut järjestetään omassa asunnossa, sekä asumispalveluyksikössä asuville. Palvelukokonaisuudet on jaettu kolmeen ryhmään mielenterveyskuntoutujan tuen tarpeen ja asumismuodon perusteella. Tuetussa asumisessa kuntoutuja toteuttaa itsenäistä asumisen muotoa, joka tapahtuu joko yksityisasunnossa tai vastaavassa kunnan järjestämässä tukiasunnossa. Pal-

veluasumisessa ja tehostetussa palveluasumisessa kuntoutujan asuminen on järjestetty asumispalveluyksikössä. (Asumista ja kuntoutusta: mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007, 18.)

Tämän tutkimuksen tehtävänä on kuvata erään keskisuomalaisen kuntoutusasumisyksikön asukkaiden ja heidän omaisten käsityksiä psykiatrisen kotikuntoutuksen sisällöstä ja toimintatavoista sekä heidän esiin tuomia kehittämiskohteita. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla kuntoutusasumisyksikön toimintaa voidaan entisestään kehittää.

Tutkimus on rajattu koskemaan vain kuntoutusasumisyksikön asukkaita ja heidän omaisia. Tutkimuksen toimeksiantaja toivoi asukkaiden mielipiteitä kuultavan, ja asumisyksikön vastaava hoitaja lisäksi omaisia haastateltavan, joten tätä kautta kohderyhmä muodostui kahdesta ryhmästä, asukkaista ja omaisista. Psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijöiden kokemuksia ja kotikuntoutuksen auttamismenetelmiä on jo aikaisemmin tutkittu, joten näkökulmaksi valittiin asukkaiden ja omaisten näkemysten kartoittaminen. Tutkimuksessa on käytetty esimerkkinä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin järjestämää psykiatrista kotikuntoutusta, koska tutkimuksen kohteena ollut kuntoutusasumisyksikkö sijaitsee myös Keski-Suomen alueella ja käytännöt ovat samanlaisia. Tutkimuksen toimeksiantajaa ja kuntoutusasumisyksikön nimeä, johon tutkimus on tehty, ei vastaajien henkilöllisyyksien suojaamiseksi voida paljastaa. Myös kuvattaessa tutkimuksen asumisyksikön toimintaa luvussa 4.5 tekstin tietolähde on poistettu yksikön salaamiseksi. Aihe on tärkeä tutkimuksen tekijöiden ammatilliselle kehittymiselle, jotta asiakaslähtöisyys osattaisiin huomioida toteutettaessa ja suunniteltaessa kuntouttavia palveluita.

## **2 SUOMALAINEN PSYKIATRINEN HOITO MUUTOKSESSA**

Suomen osalta laitoshoidon on ollut yleistä mielenterveystyössä. Avohoitoa ei pidetty keskeisenä tavoitteena potilaan hoidossa ennen 1960-lukua. Aikaisemmin oletettiin, että sairaalakeskeinen palvelujärjestelmä turvaisi aiempaa

paremman sairaanhoidon ja väestön terveyden. (Noppari ym. 2007, 228.) Vaikka ensimmäinen psykiatrinen avohoitotoimisto perustettiin Helsinkiin vuonna 1927 Suomen mielenterveysseuran aloitteesta, oli laitoshoidon korvaavien ja sitä täydentävien rakenteiden valmistuminen hidasta. Laitostoiminta tarjosi kaikki tarvittavat palvelut sairaalan sisällä. (Psykiatria 2003, 707.) Avohoidon puuttuessa lähes kokonaan potilaiden kotiuttaminen oli haasteellista. Haasteellisen kotiutuksesta teki myös heihin liitetty stigma, eli leima, sekä kielteiset asenteet. (Noppari ym. 2007, 228.)

## 2.1 Psykiatrisen hoidon rakennemuutoksen historiaa

1950-luvulla kansalaisaktiivisuuden herättyä perustettiin eri sairasyhmiä edustavia yhdistyksiä ja järjestöjä. Näissä yhdistyksissä ja järjestöissä olleet vaikuttajat pystyivät yhteiskuntasuhteillaan tukemaan jäsenistöä eduskunnassa. 1980-luvulle tultaessa vapaaehtois- ja potilasjärjestötoiminta oli vilkastunut mielenterveystyössä entisestään. Kansanterveyslain astuttua voimaan 1972 laitoshoidon perinne alkoi murentua. Tällöin Suomessa alettiin painottaa perusterveydenhuollon roolia ja vähentämään psykiatristen potilaiden laitoshoidon. Sairausten ehkäisyyn, varhaiseen hoitoon ja kuntoutukseen alettiin keskittyä kansanterveyslain mukaisesti. Kansanterveysnäkemys, avohoito ja valtiollinen ohjaus Lääkintöhallituksen ohjeiden mukaisesti tulivat kuntien terveydenhuollon palvelujen suunnittelun lähtökohdaksi. (Noppari ym. 2007, 228.) Kuitenkaan vuoden 1972 kansanterveyslaki ei sisältänyt ollenkaan säädöksiä koskien väestön psyykkistä terveydentilaa. 1990-luvulle saakka avohoito kehittyi osana muuta psykiatrista hoitoa erillään muusta terveydenhuollosta. Alun perin vastuu psykiatrisesta avohoidosta oli Suomen lainsäädännön mukaan sidottu mielisairaalalaitoksiin. (Psykiatria 2003, 709.)

Kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66) määrittää kansanterveystyön olevan yksilön, väestön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä. Se kattaa myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisyn, sekä yksilön sairaanhoidon. Kansanterveyslain kolmannessa luvussa on säädetty, että kunnan tulee to-



teuttaa mielenterveyslaissa tarkoitettua mielenterveystyötä järjestämällä kunnan asukkaille heidän tarvitsema ehkäisevä mielenterveystyö, ja sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka ovat tarkoituksenmukaisia antaa terveyskeskuksessa. (Mt.)

Kuitenkin 1970-luvulla keskityttiin terveyskeskusten sairaanhoidollisen toiminnan kehittämiseen, jolloin avohoito ja ehkäisevä terveydenhuolto jäivät toissijaisiksi. Mielenterveyslain osauudistukseen vuonna 1978 ei tukenut tarpeeksi avohoidon kehittämismahdollisuuksia. 1980-luvulla uudistettiin kehitysvammanhuoltoa, päihdehuoltoa, päivähoitoa, asumispalveluita ja kotipalveluita, joka toi myös panostusta sosiaalipalvelujärjestelmään sekä mielenterveyspalveluihin. Kansainvälisen terveyspolitiikan osalta 80-luvun mielenterveystyö oli kuitenkin edelleen marginaalissa ja puutteellista varsinkin potilaiden oikeusturvan osalta. (Noppari ym. 2007, 228.)

Merkittävä rakennemuutos mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on tapahtunut oikeastaan vasta viimeisten 25 vuoden aikana. Tällöin valtionohjaus ja laitosvaltainen psykiatrinen palvelurakenne on purettu ja somaattisten ja psykiatristen erikoisalojen kuntaliitot ovat yhdistyneet yhteisiksi sairaanhoitopiireiksi avohoitopainotteisesti. Tällä yhdentymisellä tavoiteltiin hyvän johtamiskulttuurin edistämistä, psykiatrian ja somatiikan yhteistyötä ja psykiatrian hoitokäytäntöjen ymmärtämistä osana somatiikan palveluja. Muutos oli myös potilaiden kannalta suotavaa, koska hoidon arveltiin olevan näin kokonaisvaltaisempaa. Tämä koettiin myös taloudelliseksi uhkatekijäksi, koska kyseessä oli kahden erillään kehittyneen lääketieteen alueen yhdentyminen. (Mts. 229.)

Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti vuosina 1980–1991 uudisti osaltaan Suomen psykiatriasta avohoitoa. Projektilla pyrittiin vähentämään uusien pitkäaikaishoitotilaiden ilmaantuvuutta, sekä vanhojen pitkäaikaishoitotilaiden esiintyvyyttä. Tämä tapahtui kehittämällä uusia avohoitomalleja. Tuolloin avohoidon lisääntyminen ja laitoshoidon vähentyminen tapahtui melko tasaisesti 1990-luvun alkupuolelle saakka. Skitsofreniaprojektin lisäksi käytettiin mielenterveyskomitean suosituksia näyttämään suuntaa. (Psykiatria 2003, 710.)

1990-luvun alun taloudellisen laman takia kunnissa alettiin säästää mielenterveyspalveluiden menoissa. Tällöin psykiatriset palvelut joutuivat yhteisten resurssien jaossa alakynteen ja ennaltaehkäisevä mielenterveystyö jäi vain suositukseksi, jolloin käytännön toimintakin jäi vähäiseksi. Tämä on johtanut siihen, että ehkäisevän toiminnan ja erityisryhmien palvelujen saatavuus on ajan myötä heikentynyt mielenterveys- ja päihdepalveluissa, vaikka hoitomenetelmät ovat tehostuneet. 1990-luvulla psykiatrisen avohoidon henkilöstön määrä väheni yhdeksällä prosentilla. Psykiatrisen avohoidon henkilökuntamäärien alueelliset erot ovat edelleen suuria. (Noppari ym. 2007, 229.)

Palvelurakenteen muutos 1990-luvulla liittyi paljolti pitkäaikaisessa hoidossa olleiden potilaiden siirtymiseen pois laitoksista julkisiin peruspalveluihin ja yksityissektorille eri hoito- ja kuntoutuskoteihin. Palvelurakenteen muutoksen ansiosta esimerkiksi psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoito onnistuu omassa kodissa, eikä sairaalahoidossa. 1990-luvun rakennemuutosten ja uudistusten myötä alettiin painottaa yhteistyötä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Potilaiden hyväksi käytetään myös entistä enemmän kolmannen sektorin palveluita. Ihmisen terveydelliset ja sosiaaliset tarpeet pyritään nykyään huomioimaan niin, että erilaiset hoito- ja avustusprosessit ketjutetaan suunnitelmallisesti ja vaihteittaisesti ohjelmiksi. (Mts. 230.)

## **2.2 Lait mukana psykiatrisen hoidon kehittämisessä**

Olennaisesti psykiatriseen hoitoon ovat vaikuttaneet myös vuonna 1990 säädetty Mielenterveyslaki, sekä vuonna 1992 säädetty Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Mielenterveyslaissa (L 14.12.1990/1116) mielenterveystyö määritetään yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi. Se on myös mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut) kuuluvat mielenterveystyöhön. Tällöin mielisairaudesta tai muista mielenterveyshäiriöistä kärsivällä henkilöllä on oltava lääketieteellisin perustein arvioitava sairaus tai häiriö. Lain mukaan

mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen. Tällä tarkoitetaan elinolosuhteita, joilla ennaltaehkäistään mielenterveyden häiriöitä, edistetään mielenterveystyötä ja tuetaan mielenterveyspalveluiden järjestämistä. Kunnan tai kuntayhtymän on mielenterveyslain mukaan järjestettävä sisällöltään ja laadultaan tarpeidensa mukaisia mielenterveyspalveluita. Mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluna ja niin, että ne tukevat oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. (Mt.)

Mielenterveyspalveluiden järjestämisessä on huolehdittava, että niistä muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Tämä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluita antavien kuntayhtymien tehtävä. Mielenterveyspotilaalle on järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen, josta on myös erikseen säädös. Tällöin on huomioitava yhteistyö asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa. (Mt.)

Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) sovelletaan järjestettäessä terveyden- ja sairaanhoitoa, mikäli ei muussa laissa toisin säädetä. Potilas määritellään henkilöksi, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluita tai on muuten niiden kohteena. Terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan keinoja, joilla määritetään potilaan terveydentilaa, pyritään palauttamaan tai ylläpitämään hänen terveyttään. Näitä suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai ne toteutetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. Potilaan oikeuksiin kuuluu saada laadullisesti hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Hoito on järjestettävä niin, että potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri otetaan huomioon mahdollisuuksien mukaan. Potilaan ihmisarvoa ei saa loukata, sekä hänen yksityisyyttä ja vakaumusta on kunnioitettava. (Mt.)

Hoitoon pääsyn ajankohta, sekä mahdolliset siihen liittyvät muutokset on ilmoitettava aina potilaalle. Myös syy ajankohdan muutokseen on ilmoitettava. Tarvittaessa voidaan laatia tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma, josta myös ilmenee potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. (Mt.)

Potilaan tiedonsaantioikeudesta ilmenee, että potilaalle on annettava selvitys tämän terveydentilasta, hoidon merkityksestä ja vaihtoehtoista, sekä niiden vaikutuksista. Myös kaikesta muusta potilaan hoitoon liittyvistä seikoista on ilmoitettava, mikäli sillä on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Jos potilas ei halua näitä selvityksiä tai niistä voi olla vakavaa haittaa hänen terveydelleen, ei selvitystä anneta. Selvityksen antajan (terveydenhuollon ammattilainen) on huolehdittava, että potilas ymmärtää asian sisällön. Selvityksen antajan on tarvittaessa järjestettävä mahdollisuuksien mukaan tulkitseminen, jos potilasta ei ymmärretä vieraan kielen, aisti- tai puhevian takia. (Mt.)

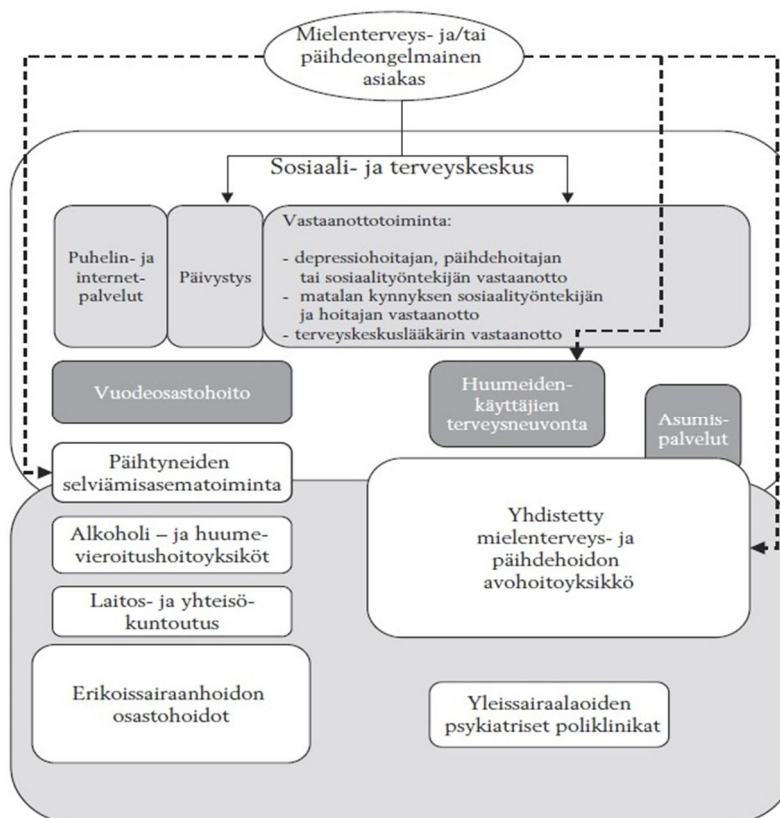
### **3 PSYKIATRINEN PALVELUJÄRJESTELMÄ**

Hoitopolulla kuvataan hoidon etenemistä kotoa avopalveluihin, josta tarvittaessa hoitolaitokseen, laitoksen sisäisessä toiminnassa, eri laitosten välillä ja hoitolaitoksesta kotiin (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 48). Mielenterveyspotilaan hoito määräytyy hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaan, joka laaditaan jokaiselle potilaalle. Ensisijaista on avohoito ja sairaalahoitoa järjestetään silloin kun avohoidon toimet eivät riitä ja jos sairaalahoito on potilaan tarpeiden mukaista. Ensimmäisenä hoitotasona pidetään sosiaali- ja perusterveydenhuollon peruspalveluita, jonka jälkeen toisena sosiaali- ja perusterveydenhuollon erityispalvelujen ja erikoissairaanhoidon järjestämää avohoitoa. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 21–24.) Mielenterveystyön palvelujärjestelmässä peruspalveluiden ja erityispalveluiden lisäksi toimivat myös monet yksityiset ja kolmannen sektorin edustajat. Kolmannella sektorilla on pääasiassa asumisen ja arjen tukena niin sanottuja matalan kynnyksen ja erityisryhmien mielenterveyspalveluja. (Noppari ym. 2007, 125.) Hoidoissa toteutetaan soveltaen yleisesti hyväksyttyjä hoito-ohjelmia, käytössä olevia käypähoitosuosituksia sekä alueellisia hoitosuosituksia (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 21–24).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (2009) määrittelee, että

palvelut tulee järjestää perus- ja avopalveluja painottaen. Avopalvelujen painottamisen nähdään olevan tärkeää inhimillisistä, taloudellisista ja hoidollisista näkökulmista. Lähtökohtaisesti palvelujen tulisi olla lähellä ihmisiä. Avohoidon monipuolisista palveluista saadaan enemmän hyvinvointia ja rahallinen panostus avohoitoon on myös yleensä vaikuttavampaa kuin panostus laitospalveluihin. Työryhmän mukaan avohoitoa on lisäksi vaikea kehittää ja toteuttaa riittävässä määrin, jos suuri osa resursseista käytetään laitoshoidoon. (Mts. 29.)

Tavoitteena on kaikkien psykiatristen sairaalaosastojen siirtyminen hiljalleen yleissairaaloiden yhteyteen vähemmän laitostavaksi ja leimaavaksi hoidoksi. Tästä saatavana suurena hyötynä on myös, että mielenterveys- ja päihdeongelmaisten runsas somaattinen sairastaminen on mahdollisuus ottaa paremmin huomioon. Lisäksi psykiatristen avopalvelujen vahvistamisella ja monipuolistamisella psykiatrisen sairaalahoidon tarve vähenee työryhmän arvion mukaan siten, että nykyisen 4600 psykiatrisen sairaansijan sijaan vuonna 2015 tarvitaan enää noin 3000 psykiatrista sairaansijaa. (Mts. 30.) Kuvioon 1 on kuvattu kaikki mielenterveys- ja päihdepalvelut yhdeksi kaaviokseen.



KUVIO 1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen (mts. 30)

### 3.1 Avo- ja sairaalahoidon välinen yhteistyö

Mielenterveyspotilaan ollessa avohoidossa hoitoa toteutetaan alusta alkaen intensiivisesti ja täyspainoisesti. Hoidolla tuetaan ja ylläpidetään toivoa kuntoutumiseen ja haasteista selviytymiseen. Avohoidossa hyödynnetään moniammatillisuutta, sekä toimintaa tuetaan psykiatrikonsultaatioilla, mikäli tarve niin vaatii. Konsultointeja ja hoitotapaamisia järjestetään tarpeen mukaan eri viranomaisten kanssa, mikä auttaa hoidon verkostoitumisessa. Hoidon jatkuvuutta ajatellen samat työntekijät ovat mahdollisuuksien mukaan sitoutuneita koko hoitoprosessiin hoitopaikasta riippumatta (avohoito tai sairaalahoido). Tarvittaessa mielenterveyspotilaalle tehdään kotikäyntejä. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 25.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelman mukaan psykiatrasta hoitoa pyritään yhä enemmän painottamaan avohoidon ja perusterveydenhuollon palveluihin. Sairaansijoja olisi vähemmän ja avohoito käsittäisi yhä monipuolisemman palvelujärjestelmän. Psykiatrisessa avohoidossa potilaalle nimetään avohoidon yksikön työntekijöistä yksi vastuuhoitaja, joka toimii potilaan palveluohjaajana ja hoidon yhdyshenkilönä. Vastuuhoitaja myös toimii potilaan tarvitsemien ja käyttämien hoitopalveluiden yhteen soveltajana. (Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelma 2007, 7-56.)

Potilaan hoidon alueella on kuntoutuksen kannalta järjestettävissä yhteistyötä Kansaneläkelaitoksen, työvoimahallinnon, opetustoimen, sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Järjestöt ja muut yksityiset palvelujen tuottajat ovat myös yhteistyössä kuntoutumisen järjestämisessä. Kuntoutusmuotoja kehitetään, sekä niitä pyritään tarjoamaan mahdollisimman läheltä kotia ja lähipiiriä. Potilaan kokonaishoidossa otetaan huomioon somaattinen terveydenhuolto ja suun terveyden huoltamisen tarpeet, sekä järjestetään mahdolliset hoitotoimenpiteet. Potilaan kannalta palvelukokonaisuuden tulee osoittaa monipuolisuutta, joustavuutta ja saumattomuutta. Saumattomasta hoitopalveluiden ketjusta huolehtivat molemmat, sairaalahoidossa ja avohoidossa potilaan hoidosta vastaavat ammattihenkilöt. (Mielenterveys-

palveluiden laatusuositus 2001, 24–29.) Saumaton hoito- ja palveluketju vaatii moniammatillista ja käytännönläheistä yhteistyötä, sekä palvelun kohdistamista asiakkaan tarpeisiin (Hägg ym. 2007, 48).

Potilas pääsee psykiatriseen sairaalahoitoon, mikäli hänen tilansa sitä vaatii. Potilasta toimitettaessa sairaalahoitoon ammattihenkilöiden on selvitettävä potilaan elämäntilanne sekä mahdolliset lisätoimenpiteet (etenkin potilaan lasten kannalta). Valtakunnallisia ja alueellisia hoito-ohjelmia, hyviä hoitokäytäntöjä, eettisiä hoidollisia periaatteita ja alueen omia toimintasuunnitelmia noudatetaan hoidossa ja sairaalaan toimittamisessa. Hoidossa noudatetaan potilaan hoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta jo potilaan saapuessa sairaalaan, sairaalahoidon aikana sekä sieltä poistuessa. Kotiutuessa potilaalle järjestetään tarvittava tuki arkielämässä selviytymiseen. Hoito suunnitellaan monivaiheisena prosessina, josta yksi vaihe on tilanteen sitä vaatiessa sairaalahoito. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 28–29.) Keski-Suomessa Kangasvuoren (Jyväskylä) ja Juurikkaniemen (Keuruu) sairaalat muodostavat toiminnallisesti, sekä hallinnollisesti yhden sairaalahoidon yksikön, joissa on yhteinen johto ja hallinto (Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelma 2007, 7).

Jotta potilaan kotiuttaminen sairaalasta olisi onnistunutta, on tärkeää, että kotiuttamisvaihe suunnitellaan huolellisesti alusta asti. Kotiuttamisen suunnittelun tulisi alkaa jo potilaan saapuessa sairaalaan. Kotiuttamisvaihe suunnitellaan yhdessä potilaan, hänen läheistensä, sairaalahenkilökunnan ja avohoitohenkilökunnan kanssa. Lopullisen päätöksen kotiutumisesta ja kotisairaanhoidon tarpeesta päättää lääkäri, mutta arviointi potilaan tarpeista tehdään yhdessä muun terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. Potilaan kotiuttamisessa otetaan huomioon omaisten tuki ja tarvittaessa annetaan sairaanhoitoa, kuntoutusta tai arkipäivän selviytymistä tukevaa apua. Kotiutumista tukevia palvelumuotoja organisoidaan joko perusterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta käsin. (Hägg ym. 2007, 49–50.) Kotihoidossa asiakkaan hoitoon osallistuu tarvittaessa sosiaalityö sekä joskus vapaaehtoisjärjestöt ja yksityiset palveluntuottajat (mts. 135).

## 3.2 Asumispalvelut

Asumispalveluiden on tarkoitus parantaa mielenterveyskuntoutujien elämänlaatua ja vähentää erikoissairaanhoidon kustannuksia. Asumisen pysyvyys pyritään säilyttämään asiakkaan omassa kodissa. Myös hoitajaksojen jälkeen varmistetaan, että paluu omaan kotiin on mahdollista. Tarvittavat ja riittävät kuntouttavat palvelut järjestetään omassa asunnossa, sekä asumispalveluyksikössä asuville. Palvelukokonaisuudet on jaettu kolmeen ryhmään mielenterveyskuntoutujan tuen tarpeen ja asumismuodon perusteella. Tuetussa asumisessa kuntoutuja toteuttaa itsenäistä asumisen muotoa, joka tapahtuu joko yksityisasunnossa tai vastaavassa kunnan järjestämässä tukiasunnossa. Palveluasumisessa ja tehostetussa palveluasumisessa kuntoutujan asuminen on järjestetty asumispalveluyksikössä. (Asumista ja kuntoutusta: mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007, 18.)

Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmassa (2007) mainitaan yksityiset kuntouttavat asumispalvelut. Palvelutoiminnan yhteensovittaminen julkisten psykiatristen hoito- ja kuntoutuspalvelujen kanssa on psykiatrisen avohoidon yksikön tehtävä. Maakunnan tasolla palvelutoiminnan kehitystä ja yhteensovittamista julkisiin palveluihin järjestää sairaanhoitopiiri. (Mts. 8).

Kotihoitoa tarvitsevat mielenterveyspotilaat ovat yleensä sairastaneet pitkään. Kotihoitoon turvaudutaan yleensä kun tarvitaan esimerkiksi apua lääkehoidossa ja tukea (kuuntelu, kannustaminen) sekä apua arjen haasteissa (asiointi ja siivousapu). Omahoitajan tai omahoitajaparin on syytä varata kotikäynteihin tarpeeksi aikaa, jotta sopeudutaan parhaiten potilaan sen hetkiseen tilanteeseen. Mielenterveyspotilaan hoidossa kotihoidon tiimin työntekijät voivat tarvittaessa konsultoida lääkäriä ja erityistyöntekijöitä. Näitä erityistyöntekijöitä ovat esimerkiksi psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja kriisityöntekijä. (Hägg ym. 2007, 135–136.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset asumispalvelujen kehittämiseksi ohjaavat asumispalvelujen järjestämistä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja



päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (2009, 33) määrittää, että mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kuntoutuksen tulee olla monimuotoista ja että asumispalvelujen kehittämissuositukset tulee ottaa käyttöön mielenterveys- ja päihdekuntoutujille asumispalveluja tilattaessa, hankittaessa, toteutettaessa ja valvottaessa.

## 4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS

Mikäli potilaan kyky selviytyä arkielämän haasteista on heikentynyt tilapäistä muutosta pysyvämmiin, hoidossa otetaan huomioon tilanteeseen sopivan kuntoutuksen suunnittelu (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 24).

Asumista ja kuntoutusta: mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus (2007) määrittää mielenterveyskuntoutujan täysi-ikäisenä henkilönä, joka tarvitsee mielenterveyden häiriön vuoksi kuntouttavia palveluja ja lisäksi mahdollisesti apua asumisensa järjestämisessä tai asumispalveluja. Kuntouttavilla palveluilla tuetaan mielenterveyskuntoutujan kuntoutumista, sekä itsenäistä selviytymistä. Kuntoutumisella kuntoutuja pyrkii toteuttamaan omalle elämälleen asettamia tavoitteita. Kuntoutumisessa on myös tavoitteena lisätä kuntoutujan kykyä toimia menestyksekkäästi ja tyytyväisenä elinympäristössään ja valitsemisissaan rooleissa. Kuntoutujan itseensä kohdistetut asenteet, tunteet ja ajatukset, sekä toimintatavat muuttuvat suotuisammiksi kuntoutuksen aikana. (Mts. 13.)

Mielenterveyskuntoutus määritetään Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevan kehittämissuosituksen (2007) mukaan monialaiseksi kuntouttavien palveluiden kokonaisuudeksi. Tämä kokonaisuus on suunniteltu yhteistyössä itse kuntoutujan kanssa hänen yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Ammattihenkilöt ovat kuntoutusprosessin aikana kuntoutujan yhteistyökumppaneita. Ammattihenkilöt tukevat, motivoivat ja rohkaisevat kuntoutujaa tavoitteiden asettelussa ja toteuttamisessa. Tukea mielenterveyskuntoutuja voi saada myös monilta muilta tekijöiltä, joita ovat esimerkiksi perhe, opiskelu, työ ja ihmissuhteet, jotka on myös huomioitava kuntoutusprosessin aikana. Kun-

toutuksen aikana erilaisia ammatillisia sekä ympäristö- ja yhteisöpainotteisia toimintoja pyritään hyödyntämään yksilötoimintamuotojen ohella. (Mts. 13.)

Psykiatriset kuntoutuspalvelut kehitettiin tarjoamaan käytännön apua mielen-terveyskuntoutujille, jotta he voisivat saada kokemusta ja kehittää taitoja kompensoidakseen sairautensa vaikutuksia ja selviytyäkseen jokapäiväisen elämän vaatimuksista. Psykiatrisen kuntoutuksen on tarkoitus auttaa mielenterveysongelmaista määrittämään sen hetkisiä ja tulevia tavoitteitaan sekä auttaa kehittämään tarvittavat taidot ja keinot päästäkseen tavoitteisiin. Psykiatrisen kuntoutus auttaa mielenterveyskuntoutujaa saamaan itseluottamuksensa takaisin ja kehittämään taitoja, joita tarvitaan työskentelemiseen, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja elämiseen yhteiskunnassa. (Ethics in Community Mental Health Care: Commonplace Concerns 2002, 24.)

Jotta mielenterveyskuntoutujan itsenäistä suoriutumista eri elämäntilanteissa ja –toiminnoissa tuettaisiin, tulisi kuntoutujan asumisen ja kuntouttavien palveluiden muodostaa toimiva kokonaisuus. Mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä pyritään säilyttämään ja parantamaan monimuotoisten kuntoutuspalveluiden avulla ja järjestämällä asumispalveluita, jotka edistävät myös siirtymistä palveluasumisesta ja tehostetusta palveluasumisesta itsenäisempiin asumisen muotoihin. Palvelukokonaisuus, joka käy ilmi kuntoutussuunnitelmasta, voidaan hankkia yhdeltä palveluntuottajalta tai se voi koostua useamman yksikön tarjoamista palveluista, kuten esimerkiksi työtoiminnan järjestäminen asumispalveluyksikön ulkopuolella. (Asumista ja kuntoutusta: mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007, 23.)

#### **4.1 Psykiatrisen kotikuntoutuksen auttamismenetelmät**

Virtanen (2005) toteaa pro gradu –tutkielmassaan, että kotikuntoutuksen tavoitteina on ylläpitää toivoa ja hyvää inhimillistä elämää, auttaa pärjäämään omassa kodissa ilman hoitajan apua, auttaa, tukea ja ohjata päivittäisissä toiminnoissa, tukea sosiaalisissa suhteissa sekä auttaa löytämään voimavarat ja

psykkiset vahvuudet elämässä selviytymiseen. Virtasen mukaan kotikuntoutuksen auttamismenetelmiä ovat kotikuntoutujan luona tapahtuva kotikäynti ja vuorovaikutukselliset auttamismenetelmät, joista hoitajan ja kuntoutujan välinen hoitosuhde on tärkein. Itsetuntoa ja minäkuvaa vahvistavat menetelmät koettiin tärkeiksi, ja hoitaja käyttikin menetelminä kotikäynnillä kotikuntoutujan tukemista, rohkaisemista ja motivoimista. Lääkehoidon kannalta tärkeäksi nähtiin kuntoutujan opettaminen, ohjaaminen ja psykoedukaatio. Myös arviointi ja siinä käytettävä arviointiasteikko oli yhtenä auttamismenetelmänä. (Mts. 28, 30.) Psykoedukaatiolla tarkoitetaan sairauteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa, jota voidaan toteuttaa yksilötasolla ja ryhmissä (Psykiatria 2007, 114).

Hytönen ja Mikkola (2001) tutkivat opinnäytetyössään työntekijöiden näkemyksiä psykiatrisesta kotikuntoutuksesta. Heidän tutkimustulosten mukaan työntekijät kokivat tärkeimmiksi auttamismenetelmiksi kotikuntoutuksessa tukemisen ihmissuhteissa, harhoista ja sairaudesta puhumisen, psyykkisen hyvinvoinnin seuraamisen, tukemisen ongelmien selvittämisessä ja päivittäisissä toiminnoissa tukemisen, kuten tuen henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa, ruoan ja juoman saamisessa ja lääkehoidon toteuttamisessa. (Mts. 23.)

Psykiatrinen hoitotyö kotikuntoutuksessa on määriteltävissä potilaan auttamiseksi selviytymään jokapäiväisessä elämässä ja sairautensa kanssa, voimavarojen tukemiseksi ja tarpeen mukaan potilaan verkoston aktivoimiseksi selviytymisen avuksi. Työssä korostuvat psyykkisten oireiden vähentäminen ja niiden selvittäminen. Psykiatrisessa hoitotyössä korostuvat potilaan selviytymisen tukeminen arkipäiväisissä tilanteissa, ja tavoitteena on fyysisen ja psyykkisen terveydentilan paranemisen lisäksi lisätä ammatillisia valmiuksia ja sosiaalisia taitoja. Näiden taitojen kehittyminen parantaa elämänlaatua ja helpottaa yhteiskuntaan sopeutumista. (Mts. 12.)

## 4.2 Yhteisöhoito

Terapeuttinen yhteisö tuntee hyvin monia nimityksiä. Sitä on kutsuttu esimerkiksi yhteisöhoidoksi, miljööterapiaksi ja hoidolliseksi yhteisöksi. Yhteisöhoitoa on sovellettu psykiatristen potilaiden lisäksi myös moniin muihin potilasryhmiin. Näitä ovat olleet esimerkiksi päihdeongelmaiset ja psyykkisesti kehitysvammaiset. (Punkkanen 2001, 61.) Murto (1997) kuvaa yhteisöhoidon olevan koko yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen. Yhteisön toiminnassa kaiken tulisi palvella hoidollisia, kasvatuksellisia tai kuntoutuksellisia tavoitteita. Esimerkiksi tilat, sisustus, tapa, jolla ruoka tarjoillaan tai ihmisten käytös ja heidän keskinäiset suhteet, vaikuttavat yhteisöhoidon perustehtävän toteutumiseen. (Mts. 13.) Ihmisten välistä vuorovaikutusta ja yhteisön välistä toimintaa käytetään siis tarkoituksen mukaisesti hyväksi pyrittäessä hoidollisiin tavoitteisiin (Punkkanen 2001, 61).

Ahlforsin, Saarikosken ja Sovan (1992) mukaan ihmisen oma kokemus johonkin sosiaaliseen ryhmään tai yhteisöön kuulumisesta korostuu yhteisöllisyydessä. Ihmisyhteisö vaikuttaa myönteisesti itsenäistymiseen, aktivoitumiseen, joustavuuden lisääntymiseen, ihmissuhteiden lisääntymiseen ja korjaantumiseen, itsetunnon kasvuun, puuttuvien taitojen oppimiseen, sekä psyykkisten esteiden (oireiden) vähenemiseen ja mielialan paranemiseen. (Mts. 162.) Psyykkisistä ongelmista kärsivät ihmiset saavat terapeuttisessa hoitoyhteisössä mahdollisuuden opetella toisiaan tukien ja kontrolloiden elämäänsä terveellä tavalla. Terapeuttisen hoitoyhteisön on tarkoitus olla jäsentynyttä, sekä tehtävät ja roolit on järjestetty hierarkkisesti. Hoitoyhteisössä vaikuttavan ihmisen hyvä käytös on tarkoitus palkita lisääntyvällä vastuulla. (Jormanainen 2002.)

Psykiatriset terapeuttiset yhteisöt voivat laajasti ajateltuna olla mitä tahansa hoito- tai kasvatuslaitoksia, jotka tarjoamalla mahdollisuutta tuottavaan työhön, kykyjen kehittämiseen ja yhteisön päivittäiseen johtamiseen pyrkivät parantamaan potilaidensa tai kasvatettavien tilannetta. Terapeuttisessa yhtei-

sössä koko yhteisö (henkilöstö, potilaat) ovat mukana hoidossa ja hallinnossa. Johtajan ja henkilöstön asenteet, sekä potilaiden laatu vaikuttavat siihen kuinka toivottavaa ja käytännöllistä toiminta tällöin on. Tähän vaikuttavat myös ulkopuolinen hallinto ja sen määräykset. (Murto 1997, 17.) Yhteisöhoidon tarkoitus on mahdollistaa demokratian kehittymistä ja siihen kasvamista. Yhteisöhoidolla kehitetään ihmisten aktiivisuutta, itseluottamusta ja vastuuntuntoa. (Jormanainen 2002.)

Hoitotyön näkökulmasta terapeutin yhteisö kattaa tiettyjen periaatteiden ja menetelmien soveltamista ihmisten ongelmien ja häiriöiden käsittelemiseksi (Punkkanen 2001, 61). Terapeutin yhteisön arvot ja normit korostavat rehellisyyttä, toisten auttamista ja tukemista, turvallisuutta ja ihmisarvoisen elämän mahdollisuutta. Usein asiakkaiden tai potilaiden osallistuminen on vapaaehtoista ja heille alun alkaen korostetaan tietoisesti yhteisön arvoa. Yhteisön tavoitteista, toimintatavoista ja normeista tiedotetaan jo ennen jäsenen tuloa esimerkiksi ennakkoinformaation ja valintahaastattelun yhteydessä. (Murto 1997, 208.) Yhteisöön kuuluvien henkilöiden käyttäytyminen ja asenteet muuttuvat myönteisimmiksi yhteisöhoidossa. Psyykkinen kunto paranee, sosiaalisuus ja vastuu kasvavat, sekä yhteiset säännöt hyväksytään. Tämä johtaa siihen, että perinteisen sairaalahoidon ja kontrollin tarve vähenee. (Jormanainen 2002.)

Kallanranta, Rissanen ja Vilkkumaa mainitsevat teoksessaan Kuntoutus (2001), että mielenterveyskuntoutuksessa tulisi nykyistä enemmän painottaa yhteisöllisyyden merkitystä. Olisi syytä myös etsiä tapoja, joilla asiantuntijoiden järjestämään kuntoutukseen pystyttäisiin järjestämään ei-ammattillisten henkilöiden antamaa sosiaalista tukea ja erityisesti vertaistukea muilta mielenterveyskuntoutujilta. Erilaisia päivä-, työ- ja toimintakeskuksia tai sosiaalisia klubeja pidettiin myös tärkeinä toimintamuotoina. Niihin osallistuminen on vapaaehtoista ja ne tarjoavat tukea arkipäiväiseen selviytymiseen. (Mts. 168.)

### 4.3 Omaiset mielenterveyskuntoutuksessa

Mielenterveyspotilaan hoidossa huomioidaan myös potilaan läheiset ja muut hoidon kannalta tärkeät ihmiset. He osallistuvat hoitoon alusta lähtien, ellei erityisistä syistä toisin sovita. Läheiset otetaan tarvittaessa huomioon potilaan kuntoutusta suunniteltaessa. Omaisille on mahdollista järjestää tarvittavaa käytännön apua, sekä henkistä tukea. Tämä huomioidaan varsinkin, jos omainen on lapsi. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 24.)

Omainen tai muu läheinen on se henkilö, joka huolehtii sairastuneen arkielämän sujumisesta perheen muuttuneessa tilanteessa (Korhonen & Huttunen 2001, 42). Kun perheenjäsenen terveys järkkyy, koskettaa se koko perhettä (Ahlfors, Saarikoski & Sova 1992, 105). Psykiatristen potilaiden omaiset tuovat usein esille erilaisia ongelmia, joita vaikeasti sairaan ihmisen kanssa elämisessä tulee esille (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen 2000, 34). Ääritapauksissa arkielämä sisältää sairastuneen perheenjäsenen myötä jatkuvaa huolta, pelkoa, surua ja ahdistusta (Korhonen & Huttunen 2001, 42). Usein omainen on tuntenut asiakkaan pitkään ja tietää millainen tämä oli ennen sairastumistaan. Asiakas voi kuitenkin itse valita haluaako omaisen mukaan hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 154). Notkon ja Järvikosken (2004) mukaan lähiomaiset ovat olleet muodostamassa sairastuneen ihmisen minäkuvaa tämän elämän aikana palvelujärjestelmän ja muun ympäristön ohella. Mikäli psyykkistä sairautta sairastavan ihmisen lähellä on läheisiä, saattavat he tiedostamattaan ylläpitää kuntoutujan kuvaa itsestään epäonnistuneena ja muiden holhottavana. (Mts. 46.)

Salokangas ym. (2000) viittaavat teoksessaan vuonna 1993 tehtyyn tutkimukseen, jossa vertailtiin uusien ja pitkäaikaisten skitsofreniapotilaiden omaisten kokemuksia. Tutkimuksessa oli selvinnyt, että omaisten mielestä uusilla potilailla oli eniten vaikeuksia työhön, toimeentuloon, kodinhoitoon ja sosiaalisiin suhteisiin liittyen. Pitkäaikaishoidossa olleilla potilailla korostuivat puolestaan pääosin vaikeudet työssä ja parisuhteessa. Pari vuotta myöhemmin tehdyssä

tutkimuksessa kaksi kolmasosaa lähiomaisista koki olleensa rasittuneita läheisiensä sairaudesta johtuen. Yleistä oli, että varsinkin miespotilaiden omaisilla oli räsytystä. (Mts. 34).

Huolimatta saamistaan ohjeista omainen voi tuntea olonsa yksinäiseksi tilanteen kanssa, eivätkä viralliset hoitojärjestelmän resurssit välttämättä riitä korjaamaan pitkään jatkuvia ongelmia. Omaisella saattaa olla myös negatiivisia kokemuksia henkilökunnasta. Nämä kokemukset saattavat johtua esimerkiksi sen hetkisestä tilanteesta kun tarjottua apua tai tietoa ei ole pystytty vastaanottamaan, vaikka sitä olisi tarjottu. (Korhonen & Huttunen 2001, 42–43). Omaiset usein toivovat tietoa läheisen sairaudesta ja siitä, miten menetellä vaikeuksien koittaessa (Salokangas ym. 2000, 34).

Salokankaan ym. (2000) mukaan vuonna 1998 tehdyssä tutkimuksessa keskeinen tekijä oli omaisten keskinäinen vertaistuki. Tälle oli ominaista omaisten rasittavien kokemusten jako ja tunteiden käsittely. Tutkimuksessa korostettiin omaisten tukitoimien monipuolistamista, sekä omaisyhdistysten ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välistä tiivistä yhteistyötä. (Mts. 34).

Monissa psykiatrisissa hoitoyksiköissä noudatetaan perhekeskeistä periaatetta, jolloin työssä korostuu perheen ottaminen mukaan hoitamiseen ja hoitoprosessiin. Kaikessa hoitotyössä pyritään ottamaan perhe mukaan hoitoprosessiin ja hoidolla pyritään auttamaan koko perhettä. Perhekeskeistä työtä voi tehdä kuka tahansa hoitotyötä tekevä. (Punkkanen 2001, 76–77.)

#### **4.4 Psykiatrinen kotikuntoutus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä**

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kotikuntoutuksen suunnitteluryhmä määritteli psykiatrisen kotikuntoutuksen toimintamallin luonnoksessaan kotikuntoutuksen olevan tarkoitettu vaikeahoitoisille psykoosipotilaille, jotka tarvitsevat pysyvää, jatkuvaa tukea ja kuntoutusta. Näiden potilaiden toimintakyky on alen-

tunut ja selviäminen avohoidossa vaatii säännöllistä ja jatkuvaa kuntoutusta. Ilman tukea potilaiden sairaus myös vaikeutuu ajoittain, jolloin he joutuvat sairaalahoitoon, eivätkä he kykene sitoutumaan tavallisiin psykiatriin avohoitopalveluihin. (Psykiatrisen kotikuntoutuksen toimintamalli Keski-Suomessa 2007.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä kotikuntoutuksessa toteutetaan etenkin seuraavia toimintatapoja: Potilaan tilanne kartoitetaan, kuntoutussuunnitelmaa käytetään keskeisenä kuntoutuksen pohjana ja sitä arvioidaan sovituin aikaväleihin. Toimintatapa on psykoedukatiivinen, lääkehoitoa toteutetaan ja seurataan, sekä sosiaalisia taitoja kehittäviä toimintoja kuten kuntoutusryhmiä, retkiä ja kursseja hyödynnetään. Kotikuntoutuksen tekijä toimii potilaan hoidon ja kuntoutuksen koordinaattorina ja kotikäynnit tehdään pareittain. Pareittain työskenteleminen seutukunnan perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen tai psykiatrian avohoitoyksikön työntekijän kanssa nähdään myös hyväksi järjestelyksi, koska potilaan kuntoutumisen tulisi vähitellen siirtyä perusterveydenhuollon ja/tai sosiaalitoimen työntekijöiden vastuulle. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan kuntoutusmuotojen lisäksi sopimus, josta selviää miten käynnit ja niiden olosuhteet ovat järjestetty, ja miten kotikäynneillä toimitaan yhteistyössä potilaan, työntekijän ja perheen kesken. (Mt.)

#### **4.5 Psykiatrinen kotikuntoutus tutkimuksen kuntoutusasumisyksikössä**

Tämän tutkimuksen kuntoutusasumisyksikön toimintatavat ovat yhteneväiset edellisessä luvussa olevan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintamallin kanssa. Asukasvalinta tapahtuu Keski-Suomen maakunnan alueelta psykiatrisen laitospai- tai avohoidon läheteellä. Kuntoutusasumisyksikössä työskentelevät ympärivuorokautisesti psykiatrisen koulutuksen saaneet sairaanhoitajat ja mielenterveyshoitajat, joiden kanssa kotikuntoutettavat toteuttavat omaa kuntoutussuunnitelmaansa. Asukasvalinta tehdään yhteistyössä yksikön henkilö-



kunnan, palveluasumiskoordinaattorin ja lähettävän hoitotahon kanssa. Valinnan kannalta oleellista on henkilön vaikeaoireinen sairaus, toistuvat ja/tai pitkittyneet sairaalahoidot sekä kotikuntoutuksen ja erityisturvan tarve sairaalahoitajakson jälkeen. Valintaan vaikuttaa merkittävästi myös hakijan henkilökohtainen motivaatio sitoutua yksikön sääntöihin ja kuntouttavaan toimintaan.

Asukkaat asuvat omissa vuokra-asunnoissa ja saavat samassa rakennuksessa työskenteleviltä hoitajilta tukea elämiseen omassa kodissaan ja kotinsa ulkopuolella. Hoitajat auttavat ja tukevat edellä mainituissa asioissa ja asukkaat sitoutuvat hoitosuunnitelmaansa. Kuntoutusasumisyksikön henkilökunta tekee myös yksikön ulkopuolelle kotikäyntejä, ja tällöinkin toimintaperiaatteet ovat samat, vaikka nämä ulkopuoliset kuntoutettavat asuvat täysin omassa rauhassaan kotikäyntien ulkopuolisena aikana. Heidän kanssaan voidaan myös sopia, että he käyvät ottamassa tietyt lääkkeet joka päivä kuntoutusasumisyksikön toimistolla ja käyvät jakamassa lääkkeensä valvotusti, lääkehoidon seurannan tarpeen arvion mukaan. Näillä käynneillä pystytään samalla seuraamaan kuntoutujan psyykkistä tilaa. Kuntoutusasumisyksikössä järjestetään paljon retkiä ja muuta yhteistä asukkaita aktivoivaa toimintaa (erilaiset ryhmät, kuten liikuntaryhmä ja piharyhmä).

## 5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tehtävänä on kuvata:

1. Asukkaiden ja heidän omaisten käsityksiä psykiatrisen kotikuntoutuksen sisällöstä ja toimintatavoista
2. Asukkaiden ja heidän omaisten esiin tuomia psykiatrisen kotikuntoutuksen kehittämiskohteita

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista tutkimusta. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen on tarkoitus kuvata todellista elämää ja tutkia kohdetta niin kokonaisvaltaisesti kuin mahdollista. Tutkimuksen tekijä ei voi kvalitatiivisessa tutkimuksessa sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvoilla on merkitystä siinä, miltä kannalta pyrimme ymmärtämään ilmiöitä. Laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin enemmänkin tavoitteena löytää tai paljastaa tosiasioita sen sijaan, että todennettaisiin jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineiston koamisen tulisi tapahtua luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysia, jossa tutkijan tavoitteena on tuoda julki ennalta odottamattomia asioita. Tutkimuksen tarkoitus ei ole siis teorian tai hypoteesien testaaminen, vaan aineiston tarkasteleminen monitahoisesti. Tutkijan ei ole myöskään tarkoitus määrätä, mikä tieto on tärkeää. Kvalitatiivisen tutkimuksen metodien tarkoitus on päästää tutkittavien näkökulmat ja oma ääni kuuluviin. Metodeja ovat esimerkiksi teemahaastattelu, osallistuva havainnointi ja ryhmähaastattelut. Kohderyhmä valitaan tutkimuksen mukaisesti tutkimusta ajatellen, ei satunnaisotoksena, ja tutkimussuunnitelma muotoutuu vasta tutkimuksen edetessä, jolloin toteutuksesta tulee joustavaa - suunnitelmat ”elävät” olosuhteiden muuttuessa. Tutkimuksessa esiintyviä tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineiston tulkintaakin tehdään sen mukaisesti. (Mts. 164.)

Ennen tutkimuksen aloittamista pyydettiin tutkimuslupa toimeksiantajan johtavalta hoitajalta ja esiteltiin tutkimuksen aihe Jyväskylän ammattikorkeakoulun Hyvinvointiyksikössä sekä opettajille, että muille opiskelijoille. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin erään keskisuomalaisen mielenterveyskuntoutujille tarkoitetun kuntoutusasumisyksikön kolme asukasta sekä kolme heidän omaista, eli yhteensä kuusi haastateltavaa. Asumisyksikön henkilökunta esit-

teli aiheen alustavasti asukkaille ja tässä vaiheessa tiedusteli myös mahdollista kiinnostusta osallistua haastatteluihin. Näiden kiinnostuneiden joukosta valittiin kolme asukasta, sekä otettiin heidän omaisiin yhteyttä puhelimitse.

Asukkaille käytiin kertomassa kasvatusten tutkimuksesta, sekä siihen liittyvistä haastatteluista. Suostumuksen saamisen jälkeen haastateltaville toimitettiin etukäteen luettavaksi saatekirje (ks. liite 1) ja haastattelukysymykset (ks. liitteet 2 ja 3) sekä sovittiin haastattelu-aika ja -paikka. Kaikki asukkaiden haastattelut suoritettiin asumisyksikössä ja yhtä lukuun ottamatta kaikki omaisten haastattelut heidän kotonaan. Tämän yhden omaisen haastattelu suoritettiin asumisyksikön tiloissa.

Tutkimuksen tekemiseen haastattelemalla kohdehenkilöitä päädytään usein monesta eri syystä. Haastatteluissa voidaan korostaa ihmisen olevan tutkimustilanteessa subjekti, ja koetaan, että tutkittavan on saatava kertoa itseään koskevista asioista mahdollisimman vapaasti. Haastattelu sopii myös kun kyseessä on melko tuntematon alue ja siten tutkijan on vaikea tietää etukäteen haastateltujen vastausten sisältöjä sekä jos tulos halutaan liittää laajempaan yhteyteen. Haastattelussa haastateltavat voivat kertoa aiheesta laajemmin kuin tutkija pystyy ennakolta kuvittelemaan. Haastattelujen käyttäminen on hyödyllistä silloinkin, jos ennalta tiedetään tutkimuksen aiheen tuottavan vastauksia moniin eri suuntiin sekä silloin, jos halutaan selventää saatavia vastauksia. Haastatteluissa on mahdollisuus syventää saatavia tietoja esimerkiksi pyytämällä perusteluja esitetyille mielipiteille, ja lisäkysymyksiä voidaan käyttää tilanteen niin vaatiessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 205–206.)

## **7 HAASTATTELUJEN SUORITTAMINEN JA AINEISTON ANALYYSINTI**

Haastattelumuotona käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua, jossa kysymykset ovat muodoltaan kaikille samanlaiset, mutta haastatteliijoilla on vapaus vaihdella kysymysten järjestystä. Valmiita vastausvaihtoehtoja ei ole,

vaan haastateltavilla on vapaus vastata omin sanoin esitettyihin kysymyksiin. Kysymykset ovat ennalta määriteltyjä, mutta haastattelijat voivat myös vaihdella sanamuotoja. Haastattelu kohdennetaan ennalta valittuihin teemoihin, joista keskustellaan, mutta yksityiskohtaisten kysymysten puuttuessa haastattelun tekijän näkökulma ei tule esille, vaan tutkittavien ääni tulee kuuluviin. Teemahaastattelu on itsessään puolistrukturoitu siksi, että haastattelun aihepiirit ovat kaikille samat. Kyseisestä haastattelumenetelmästä puuttuu kuitenkin strukturoidulle lomakehaastattelulle ominainen kysymysten tarkka järjestys ja muoto, eikä se ole toisaalta yhtä vapaamuotoinen kuin syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.)

Puolistrukturoitu teemahaastattelu nähtiin sopivimmaksi etenkin asumisyksikön asukkaille, jotta haastattelukysymyksistä ei tullut liian laajoja, jolloin kysymyksiä olisi jouduttu selventämään monella jatkokysymyksellä. Sekä asukkaiden, että omaisten haastattelut päädyttiin tekemään erikseen, jotta niistä saatiin mahdollisimman paljon omakohtaisia näkemyksiä esille. Haastattelut äänitettiin haastateltavien suostumuksella ja painotettiin, että äänityksiä ei käytetä muuhun kuin tutkimuksen tekoon, jonka valmistuttua äänitykset hävitetään. Haastatteluihin varattiin reilu tunti aikaa haastattelua kohti, mutta lopulta haastattelut kestivät keskimäärin alle puoli tuntia kysymysten runsaasta määrästä huolimatta.

Haastattelun ennalta määritellyiksi viideksi teemaksi muodostuivat huolenpito, lääkehoito, yhteisö ja hoitoon sitoutuminen, hoidon jatkuvuus sekä asumisyksikön toiminta ja kehittäminen. Nämä teemat valittiin luvussa 4.1 esitellyistä tutkimuksista saadun tiedon perusteella, koska kyseisten aihepiirien oli jo aikaisemmin tutkittu olevan tärkeimpiä asumisyksiköiden toiminnassa. Lisäksi teemojen valintaa ohjasi toisen haastattelijan aikaisempi työkokemus asumisyksiköstä, jossa haastattelut suoritettiin. Näin voitiin muodostaa käsitys siitä, mistä asioista sekä asukkailta, että omaisilta tulisi kysyä. Asumisyksikön henkilökunnan ehdotukset kysymyksiksi sekä muutosehdotukset suunniteltuihin kysymyksiin vaikuttivat lopulliseen sisältöön teemojen sisällä, jolloin tutkimuksesta saatiin työelämlähtöinen.

Haastattelujen tekemisen jälkeen äänitykset litteroitiin, eli purettiin tekstiksi tietokoneelle sanasta sanaan useasti äänityksiä läpikäyden mahdollisten litterointivirheiden minimoimiseksi. Äänitysten yhteenlaskettu kesto oli kaksi tuntia ja 20 minuuttia. Haastatteluista kertyi litteroitua materiaalia noin 32 sivua fonttikoon ollessa 12 ja riviväli 1.

Tutkimukseen parhaiten sopivaksi analysointimenetelmäksi osoittautui teemoittelu. Koska haastattelut etenivät sekä asukkailla, että omaisilla saman teemahaastattelurungon mukaisesti, voitiin haastattelujen tuloksia tarkastella aikaisemmin määriteltujen teemojen alla. Eskola ja Suoranta (1998) toteavat, että teemoittelussa haastatteluaineistosta poimitaan siinä olevat keskeiset aiheet ja siten esitetään aineisto kokoelmana erilaisia kysymyksenasetteluja. Tekstistä pyritään löytämään ja sen jälkeen erottelamaan tutkimusongelman kannalta oleelliset aiheet. (Mts. 176.) Haastatteluista kertynyt aineisto voidaan litteroinnin jälkeen järjestellä teemojen mukaan. Joskus teemat muistuttavat teemahaastattelurunkoa, jota on käytetty aineistonkeruussa. On myös mahdollista, että aineistosta löytyy uusia teemoja, ja haastateltujen vastaukset eivät välttämättä noudata tutkijan tekemää järjestystä. Siten puheesta litteroitua tekstiä tulisikin tarkastella ennakkoluulottomasti. Järjesteltäessä aineistoa teemojen mukaan jokaisen teeman alle kootaan haastatteluista kohdat, joissa käsitellään kyseistä teemaa. Tutkimusraporttiin voidaan liittää teemoja koskevia, aihetta havainnollistavia sitaatteja, jotka samalla todistavat lukijalle, että tutkijalla on ollut jokin aineisto analyysinsä pohjana. Joissain tutkittavien kokemusta korostavissa tutkimuksissa voidaan käyttää pitkiäkin siteerauksia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Litteroinnin jälkeen asukkaiden ja omaisten vastauksia käsiteltiin erikseen sijoittaen jokainen vastaus teemahaastattelurungon ennalta määrätyn teeman alle ja vastauksia vertailemalla eri haastateltavien kesken muodostettiin käsitys vastausten yhteneväisyyksistä ja eroista. Tämän jälkeen vastauksista poimittiin merkityksellisiä sitaatteja ja muodostettiin jokaisesta teemasta omat kuviot, joihin voitiin koota vastauksista olennaisimmat asiat. Kuvioihin jätettiin myös osittain samankaltaisia sisältöjä, jotta vastausten erilaiset näkökulmat olisivat paremmin havaittavissa. Lopuksi asukkaiden ja omaisten vastaukset yhdistettiin ja niitä vertailtiin keskenään, jotta voitiin muodostaa käsitys asuk-

kaiden ja heidän omaisten näkemysten välisistä eroista ja samankaltaisuuksista.

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 8.1 Asukkaiden näkemykset asumisyksikön toiminnasta

#### 8.1.1 Huolenpito

Kysyttäessä asukailta, miten työntekijät huomioivat heitä vuorokauden aikana, yhdistäväksi tekijäksi muodostui kuulumisten ja voinnin tiedustelu. Hoitajat ovat jatkuvasti läsnä ja tiedustelevat vointia sekä kuulumisia muun muassa tupakkapaikalla ollessa, lääkkeiden jaolla ja muulloin yhdessä ollessa. Hoitajien huomiointitapaa kysyttäessä tärkeäksi asiaksi yksi asukas mainitsi myös yöllisen läsnäolon. Yksityisyys koettiin asumisyksiköllä hyväksi, sillä jokainen haastatelluista asukkaista koki saavansa olla rauhassa omalla asunnollaan niin halutessaan.

*”No se on ainakin tuo lääkkeidenjako kun aamulla haetaan lääkkeet ja illalla haetaan lääkkeet ja kyllä ne ihan kuulumisia kyselee tossa kun näkee ja joskus vaan viettää alakerrassa meidän kanssa muuten vaan aikaa.”*

Yksi asukas koki, että omat toiveet asumisyksikön toimintaan liittyen otetaan huomioon, mutta vasta kun osaa kunnolla vaatia. Muut kaksi asukasta sanoi omien toiveiden tulevan hyvin tai melko hyvin huomioiduiksi. Yksi asukkaista antoi esimerkkinä, että asumisyksiköstä pois muuttamista suunniteltaessa voidaan neuvotella ajankohdasta ja esimerkiksi siivouksessa apua tarvitessa

voi pyytää henkilökunnan apua. Toinen asukas mainitsi esimerkkinä liikunta-ryhmään liittyvien toiveiden huomioimisen.

*”No kyllä ne (omat toiveet) huomioidaan, mutta saattaa olla, että joutuu vähän niinku sitten... niinku sanomaan enemmän siinä, että menee niinku perille sitten mitä ite niinku toivoo.”*

Yksi asukkaille vaikeimmista kysymyksistä vastata koski henkilökunnan tapaa keskustella psyykkisestä voinnista sen huonontuessa. Kaikkien vastaajien vastauksissa korostuivat kuitenkin samat asiat, rauhallinen kuuntelu, ongelmasta keskusteleminen ja avun antaminen tarvittaessa. Myös lääkityksen miettiminen uudelleen (vähentäminen tai lisääminen) mainitaan yhden asukkaan vastauksessa. Toisaalta yhden haastateltavan kohdalla vastaukseksi saatiin paras mahdollinen kuntoutumisen kannalta: Psyykkisen voinnin huonontumista ei ollut tapahtunut, joten kokemusta kysytystä asiasta ei ollut.

*”No mun mielestä tosi asiallisesti (keskustelevat), että... jos näyttää niille, että vointi on heikentynyt, kyllä ne sitten ihan asiallisesti keskustelee siitä, että nyt näyttää että vointi on heikentynyt ja voidaan jutella missä mättää ja jos tarvii, niin voidaan lääkitystä lisätä tai vähentää...”*

Koska kuntoutusasumisyksikössä on ympärivuorokautisesti vähintään yksi hoitaja paikalla, oli oleellista kysyä asukkailta, mitä hyötyä työntekijöiden ympärivuorokautisesta läsnäolosta heille on. Vastaukset olivat hyvin samankaltaisia ja jopa yhteneväisiä, sillä niissä korostuivat lisääntynyt turvallisuuden tunne ja mahdollisuus saada apua tarvittaessa keskellä yötäkin. Yksi haastatelluista mainitsi tässä yhteydessä myös olemassa olevat hätäpuhelimet ja –rannekkeet, joilla voi tarvittaessa hälyttää paikalle jatkuvasti paikalla olevan hoitajan.

*”Se on se turvallisuuden tuntu varmaan, että on koko ajan joku, jolle puhua.”*

Arkisissa asioissa asukkaat kokevat tarvitsevansa eniten apua ohjaamisessa terveellisiin elämäntapoihin, asumisyksikön ulkopuolella tapahtuvilla käynneillä

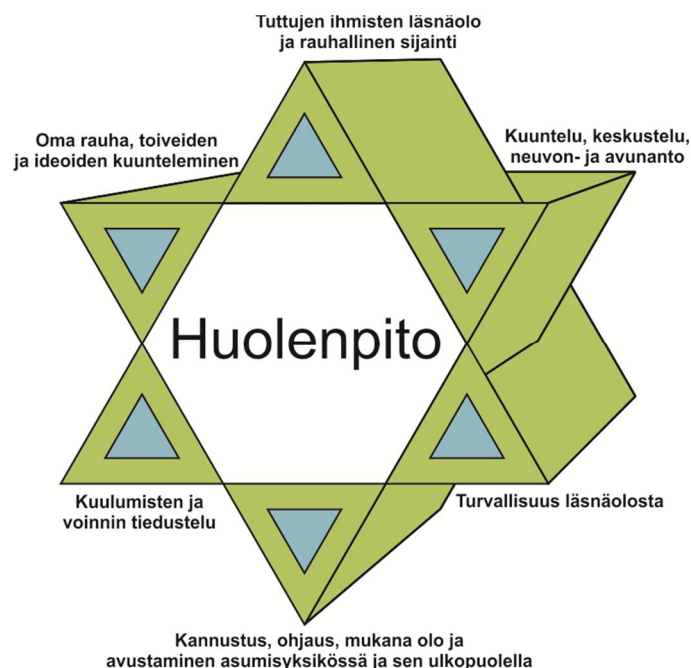
mukana oloon (kauppa- ja hammaslääkärikäynnit mainittiin), siivoamisessa ja kannustamisessa ulkoilemiseen ja liikkumiseen. Tässä yhteydessä yksi haastatelluista mainitsi kannustuksen muiden kanssa ryhmässä liikkumiseen, mikäli omatoimisesti ei jaksaa liikkua.

*”No lähinnä niinkun, et kannustetaan niinku ulkoilemiseen ja liikkumiseen, että on noita ryhmiäkin sitten, minkä mukana voi lähteä jos ei yksin halua lähteä sitten ja... ja kai ne sitten kysyy vähän, että miten syömiset ja tommoset nukkumiset, että nukunko hyvin ja sit se ruokailu, ettei tuu syötyä hirveen paljon liikaa ja jotain makeita ruokia ja sitten niin vähän niinku se terveelliset, terveelliset elämäntavat.”*

Muiden asukkaiden läsnäolo nähtiin myös vahvuutena asumisyksikössä kysyttäessä turvallisuuden tunteeseen vaikuttavia asioita asumisyksikössä. Kaikki kolme asukasta mainitsivat muiden, tuttujen ihmisten läsnäolon merkittäväksi, turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Myös ulkopuolisilta lukittujen ovien, rennon ilmapiirin ja rauhallisen sijainnin koettiin lisäävän turvallisuuden tunnetta. Näiden turvallisuutta lisäävien tekijöiden lisäksi kysyttiin jatkokysymyksenä myös turvallisuutta heikentäviä tekijöitä, mutta siihen asukkaat eivät keksineet vastausta. Kuvioon 2 on koottu huolenpito-teemaan liittyvät tärkeimmät asukkaiden haastatteluista esille tulleet asiat.

*”No se niinku silleen, että kaikki on niinku tuttuja tässä, ettei tarvi edes miettiä.”*





KUVIO 2. Huolenpito asukkaiden näkökulmasta

### 8.1.2 Lääkehoito

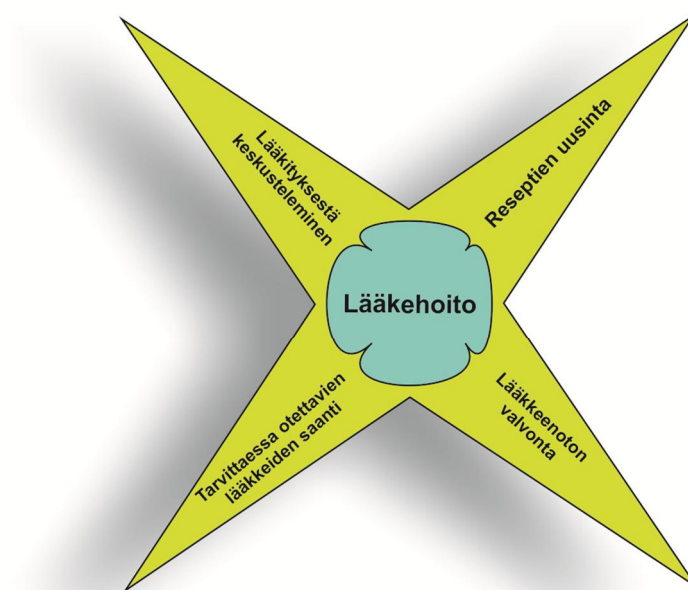
Lääkehoitoon liittyvässä avussa ja ohjauksessa kaksi asukasta kolmesta koki reseptien uusimisen ja lääkkeiden sivuvaikutuksista keskustelemisen tärkeimmiksi asioiksi. Yhdellä vastaajista lääkitykseen liittyvät asiat olivat olleet niin pitkään jo samat onnistuneesta lääkeshoidosta johtuen, että hän ei osannut mainita itselleen tärkeäksi avuksi muun kuin reseptien uusimisen. Myös valvottu lääkkeenotto koettiin tärkeäksi ja yleensä tiedon saaminen lääkityksen vaihtuessa.

*”No, tuolla annetaan aamuisin ja iltaisin ne lääkkeet toimistolta ja jos vaihdetaan lääkkeitä, niin aika hyvin ne osaa selittää, että minkälainen se uus lääke on...”*

Lääkehoitoon liittyen tiedusteltiin myös hyödyllisintä lääkkeisiin liittyvää apua ja sitä, miten työntekijät voisivat auttaa asukkaita entistäkin paremmin lääkitysasioissa. Tärkeimmiksi asioiksi haastatellut näkivät tarvittaessa annettavien

lääkkeiden saamisen, reseptien uusimisen ja lääkityksestä keskustelemisen. Lääkitykseen liittyvän avun koettiin olevan pääosin riittävää, vaikka yksi asukas toivoisikin enemmän keskustelua lääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista. Kuten aikaisemmassakin lääkehoitoon liittyvässä kysymyksessä yksi asukkaista ei kokenut saavansa muuta merkittävää apua kuin reseptien uusimisen, koska lääkeasiat olivat hänellä olleet pitkään selvät. Kuvio 3 kuvaa sitä, millaista apua ja ohjausta asukkaat kokevat lääkehoitoon liittyen saaneensa.

*”No, ehkä hyötyä on se, että niistä (lääkeasioista) voi niinkun keskustella, että tulee selkeeks itelle se, millainen se lääke on ja... en mä tiedä ei mulla kyllä siihen toimintaan mitään parantamishdoksia oo, että tosi hyvin se toimii...”*

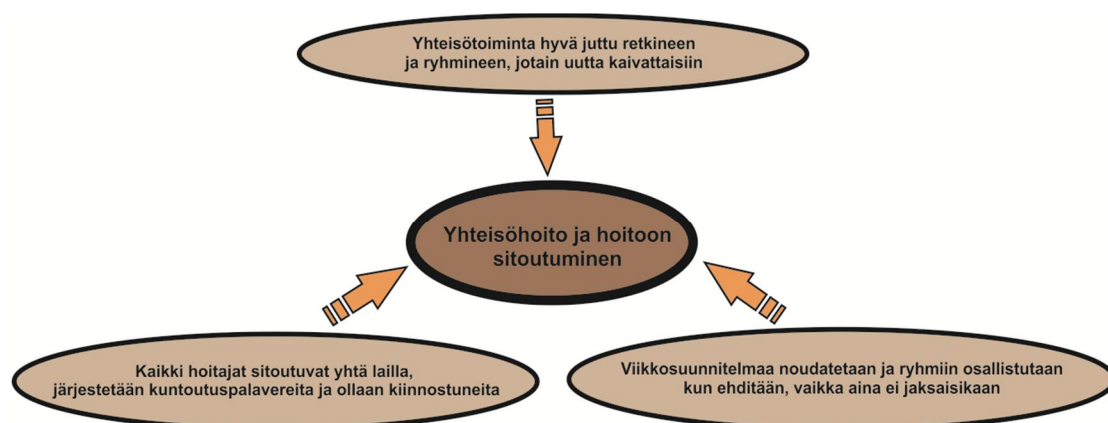


KUVIO 3. Lääkehoito asukkaiden näkökulmasta

### 8.1.3 Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen

Yhteisöhoito herätti asukkaissa eniten keskustelua. Ensimmäiseksi kysyttiin yleistä mielipidettä yhteisön kesken tapahtuvasta toiminnasta asumisyksikössä. Kaikki haastatelluista suhtautuivat positiivisesti yhteisötoimintaan, etenkin retket ja ryhmät olivat jokaisella positiivisina mielessä. Kaksi asukasta tosin totesi, että vaikka aina ei jaksaisikaan osallistua esimerkiksi liikuntaryhmään, mukaan lähteminen on piristänyt. Yksi haastatelluista toivoisi kuitenkin jotain nykyisestä poikkeavaa toimintaa, koska hänen mielestään yhteisissä tiloissa katsellaan turhan paljon vain televisiota yhdessä. Hän ei osannut kuitenkaan tarkemmin määritellä, mitä tämä uusi toiminta voisi olla. Jokaiselle asukkaalle laaditun viikkosuunnitelman noudattamisesta kysyttäessä asukkaat totesivat noudattavansa suunnitelmiaan, vaikka aina ei esimerkiksi ehtisi osallistua ryhmiin ja motivaatio puuttuisi. Yksi haastateltu koki yhteisön toimintaan liittyvät yhteisten tilojen pakolliset siivoukset tylsiksi. Toisaalta hän koki yhteisötoiminnassa tutustuvan hyvin muihin asukkaisiin. Asukkaiden oli vaikea vastata kysymykseen työntekijöiden sitoutumisesta kuntoutukseen, joten vastauksissa oli selvää hajontaa. Yksi asukkaista ei tiennyt toista omahoitajaa, toinen sanoi omahoitajien olevan yhtälailla tekemisissä kuin muut hoitajat ja kolmas asukas omahoitajien kyselevän enemmän kuulumisia, pyytävän juttelemaan ja järjestävän kuntoutuspalavereita. Kuviossa 4 on esiteltynä asukkaiden haastattelujen perusteella yhteisöhoitoon sekä asukkaiden ja hoitajien sitoutumiseen liittyvät näkemykset.

*”No mun mielestä se on tosi hyvä juttu, että täällä tutustuu hyvin naapureihin ja on sellaista mielekästä tekemistä porukalla, että... on just näitä liikuntaryhmää ja puurolenkkiä ja piharyhmää, että ne on sellaista yhteistä tekemistä.”*



KUVIO 4. Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen asukkaiden näkökulmasta

#### 8.1.4 Hoidon jatkuvuus

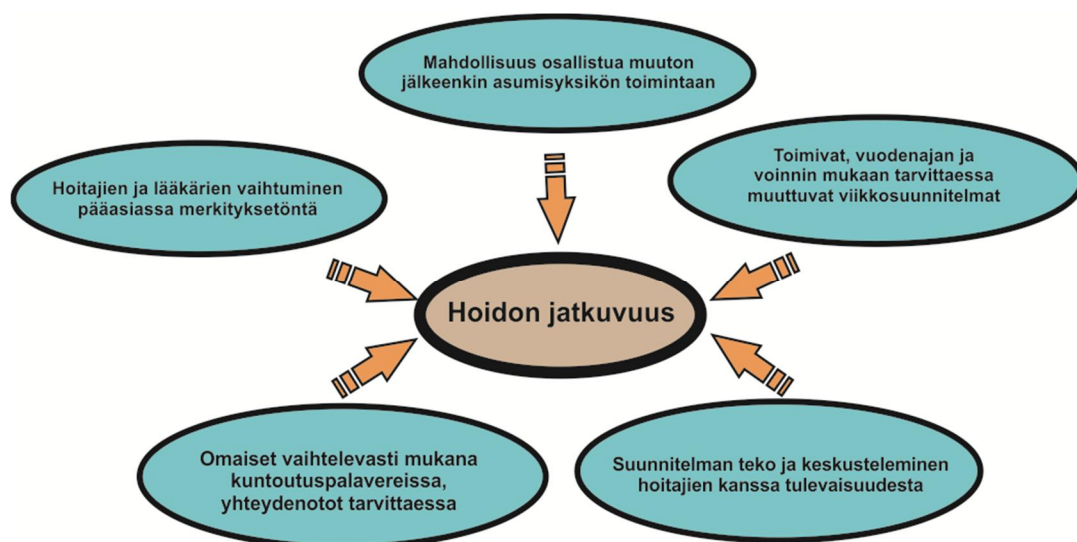
Kuntoutusasumisyksikön asukkaiden haastatteluista ilmeni, että omaiset osallistuvat vaihtelevasti asukkaiden kuntoutuksen ja tulevan, asumisyksikön ulkopuolisen elämän suunnitteluun. Yhden haastatellun mukaan omaiset ovat olleet mukana aina järjestetyissä kuntoutuspalavereissa verrattuna kahteen muuhun haastateltuun, joista ensimmäinen mainitsi omaisten osallistuvan harvoin kuntoutuspalavereihin ja toisen mukaan yhteisiä palavereja omaisten mukana ollessa ei ole ollut. Hän kertoi äitinsä ottaneen tarvittaessa yhteyttä asumisyksikön henkilökuntaan ja voineensa silloin keskustella hoitajien kanssa itseään askarruttavista asioista.

Asukkailta tiedusteltiin myös sitä, millä tavalla asumisyksikön toiminnassa ajatellaan tulevaisuutta asumisyksikön ulkopuolella. Yksi haastatelluista oli juuri siirtymässä asumisyksiköstä täysin itsenäiseen asumiseen. Hän mainitsi, että hänelle tehtiin esimerkiksi suunnitelma omaan asuntoon siirtymistä varten ja hoitajat ovat kuntoutuksen aikana pyrkineet ohjaamaan omatoimisuuteen. Haastatelluista kaksi mainitsi olevan oleellista, että he voivat osallistua pois muuton jälkeenkin yhä asumisyksikön järjestämiin ryhmiin. Myös apu uuden asunnon etsimiseen mainittiin sekä keskustelut elämästä kuntoutusasumisyksiköstä pois muuton jälkeen.

Haastatelluilta kysyttiin erikseen, millainen vaikutus henkilökunnan vaihtuvuudella on heidän elämäänsä asumisyksikössä. Vain yksi asukas koki hoitajien vaihtumisella olevan merkitystä, muttei osannut tarkentaa sanomaansa. Hoitajien vaihtuvuudella ei ollut negatiivista vaikutusta muihin asukkaisiin, ja yksi heistä mainitsi joka maanantai järjestettävässä yhteisökokouksessa tutustuvan pian uusiin työntekijöihin. Jatkokysymyksenä kysyttiin hoitavan lääkärin vaihtumisen vaikutusta, ja tulokset olivat samansuuntaiset. Kahdelle asukkaista lääkärin vaihtumisella ei ollut merkitystä, eikä toinen heistä ollut lääkäriä omien sanojensa mukaan kertaakaan tavannut kuntoutusasumisyksikössä asuessaan. Yksi vastaajista koki lääkärin vaihtumisen olevan ikävä juttu, koska tutustumisessa uuteen lääkäriin kestää oma aikansa.

Hoidon jatkuvuuden ja kuntoutumisen etenemisen kannalta oleellista oli kartoittaa myös viikkosuunnitelman päivittämisestä saatua hyötyä. Jokaiselle asukkaalle on laadittu oma viikkosuunnitelma, josta selviävät muun muassa aikataulut siivoukselle, kaupassa käynneille ja ruoanlaittoille sekä eri ryhmiin osallistuminen. Yksi asukkaista totesi, että viikkosuunnitelmia ei ole juuri päivitetty, koska ovat sellaisenaan toimineet hyvin hänen kohdallaan. Toinen haastateltu sanoi ryhmien olevan samat talvea lukuun ottamatta, mutta painotti viikkosuunnitelmien olevan kuitenkin hyvä olla olemassa. Kolmas haastateltu kuvaili puolestaan viikkosuunnitelmien päivittämisestä saatavaa hyötyä niin, että voinnin kohentuessa on mahdollisuus tehdä itsekseen enemmän asioita ja lisätä talon ulkopuolista ohjelmaa sekä kysyä hoitajilta mielipidettä, ovatko omatoimisesti mietityt suunnitelmat hyviä. Kuvioon 5 on koottu hoidon jatkuvuuteen ja kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä asukkaiden kanssa käytyjen keskustelujen perusteella.

*”No kyllä sitä (viikkosuunnitelmaa) päivitetään aina tilanteen mukaan ja... se on silleen kun vointi kohenee niin voi tehdä jotain joustoja, että voi siivota itekseen ja vaikka jutella niiden omien työntekijöiden kanssa vähän avoimemmin ja sitten jotain ulkopuolista ohjelmaa voi kehittää lisää siihen. Ja siinä voi sitten vaihtaa mielipiteitä just noitten työntekijöiden kanssa ja kysyä neuvoa, että onko nyt oikealla suunnalla vai...”*



KUVIO 5. Hoidon jatkuvuus asukkaiden näkökulmasta

#### 8.1.5 Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen

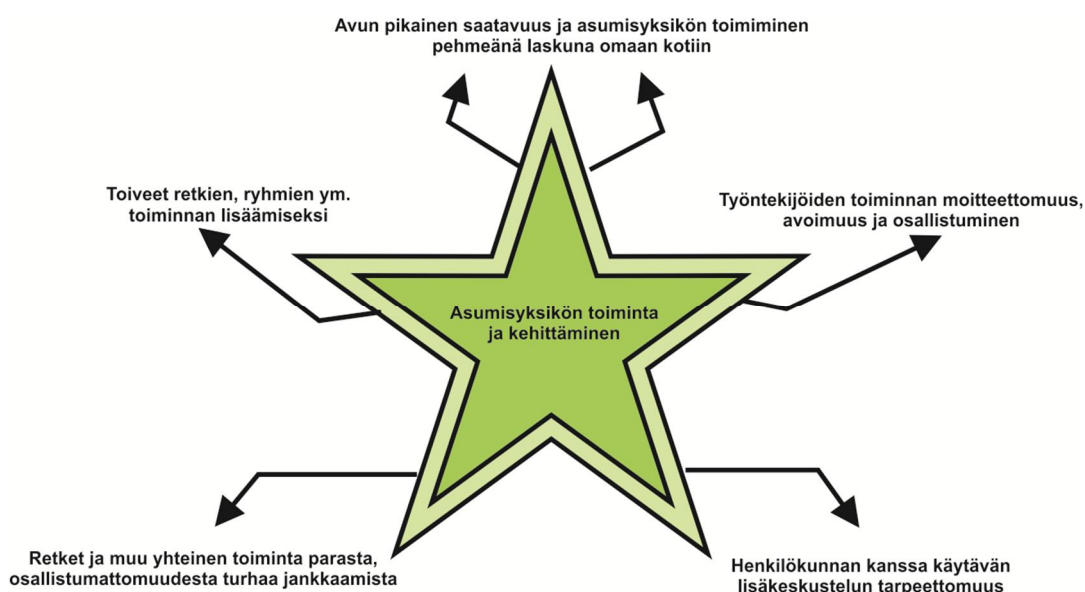
Asukkaiden haastattelujen päätteeksi pyrittiin löytämään kuntoutusasumisyksikön toimintaan kehitysehdotuksia asukkaiden toiveita kysymällä, sekä toiminnan parhaita puolia. Kukaan asukkaista ei kokenut olevan mitään sellaisia asioita, joista tahtoisi keskustella enemmän hoitajien kanssa. Kokonaisuutena haastatellut asukkaat kokivat kotikuntoutuksen olevan todella hyvä juttu, ja kaksi heistä mainitsi asumisyksikön olevan hyvä välimuoto laitoshoidon ja täysin itsenäisen asumisen välillä, ensimmäinen heistä kuvaili yksikön toimivan ”pehmeänä laskuna” ja toinen muutoksen olevan pienempi muuttaessaan jossain vaiheessa itsenäiseen asumismuotoon. Yksi asukkaista koki hyödyllisimmäksi sen, että voinnin huonontuessa työntekijät ovat lähellä auttamassa, koska ilman pikaista apua olisi pian sairaalassa.

Haastatteluissa kysyttiin erikseen myös työntekijöiden parhaita puolia ja kehittämiskohteita heidän toiminnassaan. Vain yksi asukas löysi työntekijöiden toiminnasta kehittämisen varaa, muiden mielestä työntekijöiden toiminta on nykyisellään riittävän hyvää. Kehitysehdotuksena tämä yksi asukas mainitsi sen, että hoitajat voisivat kehittää enemmän yhteistä toimintaa heidän ja

asukkaiden kanssa esimerkiksi erilaisten ryhmien ja retkien muodossa. Toisaalta hän koki hoitajissa parasta olevan, että heidän kanssa voi jutella kaikesta ja että he osallistuvat yhteiseen toimintaan.

Asumisyksikön toiminnassa kaikki asukkaat kokivat parasta olevan retket ja erilaiset ryhmät. Yksi heistä mainitsi myös muun yhteisen toiminnan, kuten yhteisen ruoanlaiton ja lenkillä käynnin muiden asukkaiden kanssa positiiviseksi asiaksi. Sama henkilö korosti myös ympärivuorokautisesti paikalla olevan seuran olevan parasta. Ainoaksi kehittämiskohteeksi yksi vastaajista totesi sen, että mikäli joihinkin retkiin ja ryhmiin ei asukas tahdo osallistua hyvästä syystä, tätä asiaa ei alettaisi ”jankkaamaan” niin useasti, vaan uskottaisiin asukkaista. Tämän hän koki olevan joskus rasittavaa. Kuviossa 6 on kuvattuna asumisyksikön toimintaan ja kehittämiseen liittyvät negatiiviset ja positiiviset vastaukset ja kehittämis ehdotukset.

*”Parasta, että tässä on seuraa niinkun yötä päivää ja silleen ja jos kaipaa just silleen niinkun, että voi lähteä lenkille ja silleen, niin täällä on urheilullista porukkaa pystyy kysyyn niitä. Ja sit just noita reissuja ollaan tehty niin saa just tosta naapurista... Ja sit täällä on kiva, että pystyy silleen porukalla, että lähdetäänkö vaikka laivalle tai tehdäänkö ruokaa yhdessä ja keitetäänkö kahvia ja...”*



KUVIO 6. Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen asukkaiden näkökulmasta

## 8.2 Omaisten näkemykset asumisyksikön toiminnasta

### 8.2.1 Huolenpito

Omaisten kanssa käydyissä haastatteluissa ensimmäisenä kysyttiin, kuinka työntekijät huomioivat läheisen vuorokauden aikana. Haastatteluissa tuli yleisesti esille asukkaiden valvonta, jolloin huomioitiin asukkaiden aktiviteettia ja vointia. Yhden omaisen mukaan asukkaita käydään katsomassa, varsinkin jos tätä ei tavata päivittäisissä askareissa. Eräs omainen sanoi, että aktiviteetin järjestämisellä on pystytty pitämään asukkaita erossa esimerkiksi alkoholista ja puututaan potilaan vointiin, mikäli tähän on tarvetta. Sama henkilö myös ihmetteli läheisensä nihkeää päästämistä hänelle tärkeään lomapaikkaan, mutta ymmärsi työntekijöillä olevan tähän omat ammatilliset näkökantansa. Yksi kolmesta omaisesta mainitsi jo ensimmäisessä kysymyksessä lääkeseurauksen valvonnan tärkeyden ja sen, kuinka hyödyllistä kyseinen toiminta ja ympärivuorokautinen valvonta ovat.

*”Et siellä niin ku itsenäisesti on, niin jos ei esimerkiksi sieltä nyt ilimaannu sit aamupäivän aikana, ni he tulevat sinne sitten kah-tomaan ainakin.”*

Asukkaiden yksityisyyttä kunnioitetaan omaisten mielestä tarpeeksi, mutta eräs haastateltavista korosti, että työntekijöillä on kuitenkin oikeus valvoa asukkaiden vointia, varsinkin tilanteen niin vaatiessa. Tällä hän tarkoitti, että jos asukkaan vointi huononee tai käyttäytyminen on muuten hankalaa, on tilanteeseen tietenkin puututtava ja huoneeseen mentävä. Valvonta on kuitenkin hellävaraista ja kunnioittavaa. Yksi haastateltavista totesi kuntoutusasumisen poikkeavan siinä määrin sairaalahoidosta, että oman oven saa lukkoon. Omat toiveet huomioitiin kaikkien mielestä, mutta asukkaan ja yksikön tilanteen mukaan.



*”No määkin hiukan pelkäsin sitä, että tuleeko ne omilla avaimillaan sitten illalla kymmeneltä kahtomaan onko kaljaa, onko jätkänretkuja joka puolella, mutta ei mitään semmosta oo tapahtunut.”*

Kahden omaisen mukaan heidän läheisensä ovat olleet asumisyksikössä ollessaan sen verran hyvässä kunnossa, ettei henkilökunnan ole tarvinnut keskustella asukkaan kanssa hänen psyykkisestä voinnista. Näin ei pääosin ollut kokemusta, kuinka meneteltäisiin esimerkiksi asukkaan voinnin huonontuessa. Yksi omaisista kuitenkin mainitsi, että tilanteeseen ja asukkaan vointiin puututaan hyvin, ja että työntekijöillä sekä omaisella itsellään on herkkyyttä tunnistaa tilanne, joka vaatii asukkaan kanssa keskustelua.

*”Hänhän on ollu nyt toista vuotta niin sanottu järjissään oleva ihminen.”*

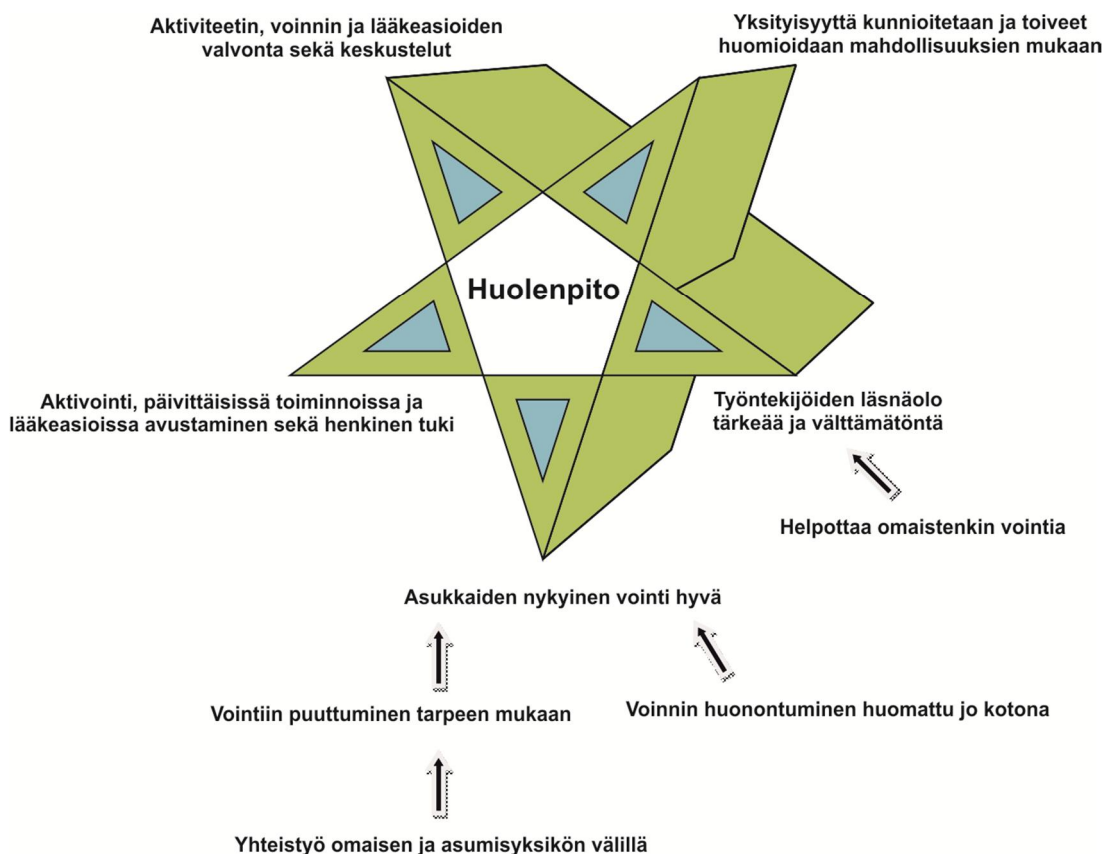
*”Osataan se niin ku havaita. Ja kyllähän se kotonakin... mää aika pian sen huomaa tyttären käytöksestäkin, että millon on niin ku tarvetta (puuttua).”*

Asukkaiden tämänhetkinen hyvä kunto tuli esille myös seuraavassa kysymyksessä, jossa tiedusteltiin miten henkilökunta huomioi omaisia, mikäli läheisen vointi huononee asumisyksikössä. Aukkaat olivat olleet pääosin hyvässä kunnossa kotikuntoutuksen ajan ja vointi oli mennyt yhden omaisen mukaan koko ajan parempaan suuntaan, joten kokemusta omaisten huomioinnista ei juuri ollut. Ainakin kerran asukkaan voinnin huononeminen oli huomattu jo kotona ja siten omainen oli ottanut itse yhteyttä asumisyksikköön. Yhteistyö kyseisessä tilanteessa oli ollut onnistunutta.

Kuten ensimmäisessä kysymyksessä jo eräs omaisista mainitsi, koettiin työntekijöiden ympärivuorokautinen läsnäolo erittäin hyväksi asiaksi. Henkilökunnan läsnäolo oli omaisten mielestä välttämätöntä ja tärkeää, sillä tieto läsnäolosta tuo hyvän olon asukkaille, sekä helpottaa myös omaisten jaksamista. Kyseistä asumisyksikköä oli suositeltu jatkohoitopaikaksi esimerkiksi sairaaloista nimenomaan hyvän valvonnan vuoksi.

Koska kuntouttavasta toiminnasta ja elämisestä kuntoutusasumisyksikössä on kyse, oli tärkeää kysyä, millaista tukea ja apua asukkaat tarvitsevat arkisissa asioissa. Esille tuotiin asukkaiden aktivointi sekä päivittäisissä toiminnoissa ja lääkeasioissa avustaminen. Myös henkinen tuki koettiin tärkeäksi eri tilanteissa, kuten vieraassa paikassa asioitaessa, sekä erilaisia lomakkeita ja hake-muksia täytettäessä. Kuviossa 7 on esitelty omaisten näkemyksiä huolenpi-toon liittyen.

*”Ehkä tukea tarvii tämmösessä kulkemisessa. Ja vaikka kulkeekin kyllä yksin tuolla bussillakin ja tällai, mutta ehkä kuitenkin sem-mosta patistamista vähän tähän kaupassa... isoihin liikkeisiin ja tämmösiin vieraisiin paikkoihin menemisessä.”*



KUVIO 7. Huolenpito omaisten näkökulmasta

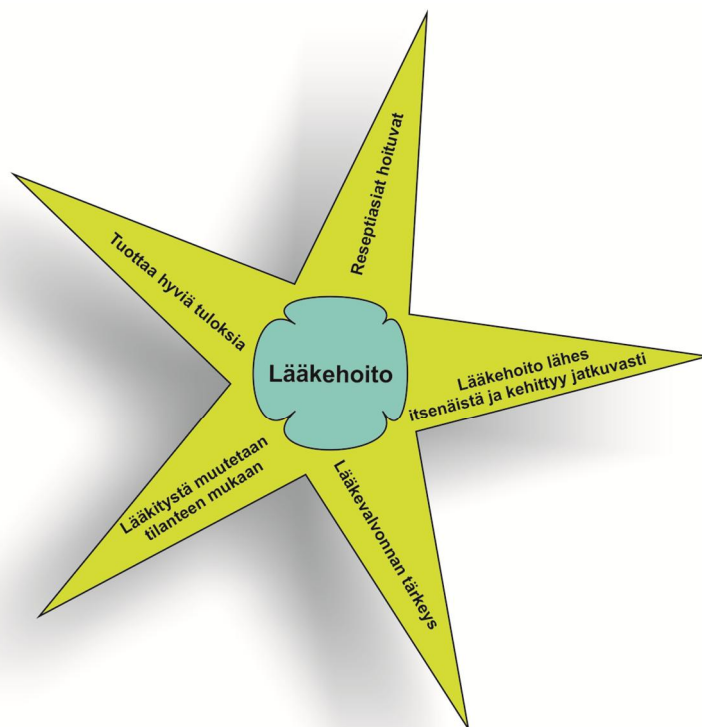
## 8.2.2 Lääkehoito

Omaisten puheista tuli esille lääkehoidon tärkeys. Ensimmäisen lääkehoitoon liittyvän kysymyksen tarkoitus oli saada mietteitä siitä, millaisissa lääkkeisiin liittyvissä asioissa asukkaat saavat apua ja tukea. Yksi omainen vastasi läheisensä pärjäävän lääkitysasioissa lähes itsenäisesti, joten avun tarvetta ei ole ollut. Hän sanoi lähinnä ihmetelleensä, kuinka tarkkaa läheisen lääkehoidon valvonta oli, vaikka tämä niin hyvin sen jo hallitsi. Eräs omainen taas tiesi omasta kokemuksestaan, että lääkehoito ja siihen liittyvä valvonta on erittäin tärkeää. Hän kertoi myös oman elämän esimerkin kuinka lääkeasioiden laiminlyönti voi olla kohtalokasta. Viimeinen kolmesta mainitsi lääkehoidon olevan asumisyksikössä kohdallaan ja sitä lääkitystä muutettavan tarvittaessa potilaan vointi huomioiden.

*”Ja mää oon nyt ymmärtänyt, että tää on yks semmonen tärke... tärke momentti, että tuolla... että ne valvoo sen lääkkeen oton.”*

Toisessa lääkkeisiin liittyvässä kysymyksessä pyydettiin omaisia kuvailemaan millaisesta avusta oli asukkaille eniten hyötyä ja miten työntekijät voisivat auttaa entistä enemmän. Yksi kolmesta sanoi, että läheisen lääkitysasiat ovat hoituneet jo paremmin ja lääkityksen noudattaminen toi hänelle hyvän voinnin. Kaikkien omaisten mielestä lääkehoitoon liittyvät asiat olivat asumisyksikössä hyvällä mallilla. Erään omaisen mielestä lääkityksen vaikutusta seurataan ja tarvittaessa lääkitykseen tehdään muutoksia. Hänen mielestä myös resepteihin liittyvät asiat sujuivat moitteettomasti. Lääkityksen ansiosta läheisten mainittiin olevan nyt terveempiä. Kuvio 8 kuvaa omaisten näkemyksiä lääkehoidosta asumisyksikössä.

*”Mutta miten se tuolla yksikössä toimii niin ainakin ne tuloksethan näkyy tuossa. Tyttö on terveempi... että se on toiminu.”*



KUVIO 8. Lääkehoito omaisten näkökulmasta

### 8.2.3 Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen

Yhteisötoimintaan liittyviä ajatuksia tuli esille muissakin vastauksissa, mutta yhteisön toiminnasta kysyttiin omaisilta myös erikseen. Kaikki vastaajat kokivat yhteisön kesken tapahtuvan toiminnan erittäin hyväksi asiaksi. Toimintaa oli myös kaikkien omaisten mielestä runsaasti ja melko vaihtelevasti. Yksi haastateltavista mainitsi sosiaalisen kanssakäymisen kehittymisen yhteisötoiminnan seurauksena. Läheisen osallistuminen yhteisön kesken tapahtuvaan toimintaan oli kuitenkin erään omaisen mukaan huonoa. Osallistumisen puute johtui hänen mukaansa läheisen ujoudesta ja ulkonäöstä. Tämä hankaloitti lähinnä pitkien matkojen tekoa ja aiheutti ulkonäöstä johtuvaa häpeää uimahallikäynneillä. Resurssien puute ja rahoitusasioissa leikkaamiset koettiin valitettaviksi.

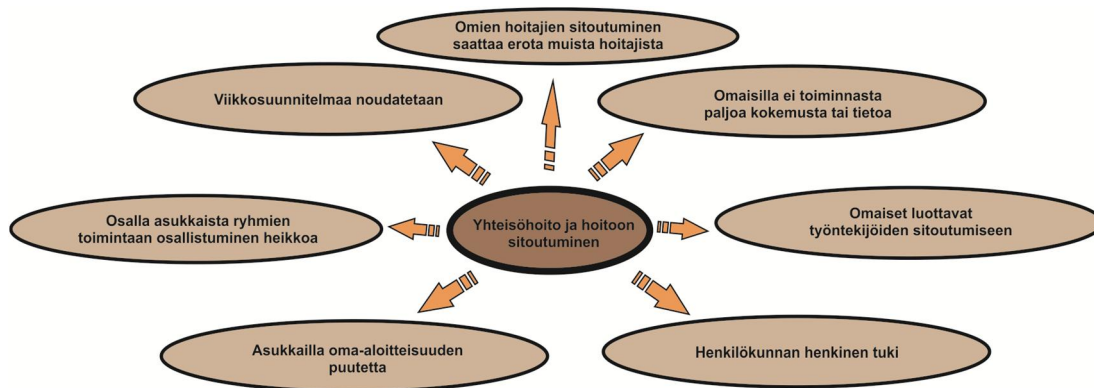
*”Kyllä kai se nyt lentäs vaikka kuuhun, mutta paljon teillä on sitä (toimintaa) siellä.”*

Omaisilta kysyttiin myös tarkemmin, miten läheiset sitoutuvat viikkosuunnitelmaan ja eri ryhmien toimintaan. Tässä kohtaa kaikki kolme omaista kertoivat läheisensä noudattavan viikkosuunnitelmaa ja suorittavansa sen tuomat arki-set askareet. Yhden omaisen mielestä läheiseltä puuttui kuitenkin oma-aloitteisuutta ja toinen mainitsi ryhmien toimintaan osallistumisen hankalana. Toimintaan osallistuminen oli eräällä asukkaalla ongelmallista lähinnä kaupunkiretkien osalta. Omaisen mielestä työntekijät ovat nuoria ja ”nopeakinttuisia”, joten perässä pysyminen saattoi olla joskus haasteellista. Vain yksi omainen sanoi läheisensä lähes aina sitoutuvan viikkosuunnitelmaan ja osallistuvan ryhmien toimintaan. Liiallinen aktiivisuus ryhmien toimintaan osallistumisessa saattoi joskus olla jopa ongelma.

*”Ku se lähteminen on niin ku vaikeeta, mutta sitten ku lähtee ni on ollukki ihan kivaa.”*

Eräs omaisille vaikeimmista kysymyksistä oli kun kysyttiin, miten työntekijöiden sitoutuminen ilmenee kuntoutettaessa asukkaita. Omaisets mainitsivat, että tähän on vaikeaa ottaa kantaa, koska he eivät olleet viettäneet niin paljon aikaa yksikössä. Omaisets kuitenkin mainitsivat luottavansa siihen, että asukkaiden kuntoutus on työntekijöille sitoutumista vaativa tehtävä. Tätä perusteltiin esimerkiksi sillä, että itse alalle ryhtyminen ja ammattiin opiskelu vaativat ihmiseltä sitoutumista ja siten sitoutumista tapahtuisi myös työelämässä. Luottamusta sitoutumiseen herätti myös se, että samojen hoitajien kanssa oli oltu tekemisissä vuosia. Pääosin omaisets olivat sitä mieltä, ettei omahoitajien sitoutuminen ja muu suhtautuminen eronnut muihin hoitajiin nähden, mutta yksi omainen mainitsi läheisensä kokeneen tässä pientä eroa. Ei tullut kuitenkaan esille, millaisesta erosta oli kyse. Toisaalta mainittiin, että työntekijöiden hermot saattavat olla koetuksella varsinkin huonompikuntoisten asukkaiden kanssa. Yhteisöhoitoon ja hoitoon sitoutumiseen liittyviä omaisten vastauksia on esiteltynä alla olevassa kuviossa 9.

*”Että jouetaan lähtemään sitten jos on vaikee mennä johonkin, ni kyllä täältä niin ku lähtee sitte, että ei se tarvii sitten olla äiti tai isä mukana.”*



KUVIO 9. Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen omaisten näkökulmasta

#### 8.2.4 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus ja tulevaisuuden suunnitteluun liittyvä omaisten huomiointi olivat myös aiheita, joista haluttiin omaisilta kysyä. Ensimmäisellä kysymyksellä tiedusteltiin omaisten ajatuksia siitä, kuinka heidät huomioidaan suunniteltaessa läheisen kuntoutusta sekä tulevaa elämää asumisyksikön ulkopuolella. Omaisille annettiin mahdollisuus osallistua kokouksiin ja esimerkiksi sitä kautta pystyttiin vaikuttamaan tulevaisuuden suunnitelmiin. Kaksi omaista mainitsi, että he voivat ehdottaa omia näkemyksiään läheisen kuntoutusta ja tulevaisuutta ajatellen. Eräs omainen mainitsi, että tavoitteena on alusta alkaen ollut tähdätä elämään itsenäisesti. Yhden omaisen puheissa tuli esille hoidon jatkuvuus, jota mietitään täysin itsenäiseen asumiseen siirtymisessä. Kyseinen omainen piti hoidon jatkuvuutta myös itsekin hyvin tärkeänä osana itsenäiseen asumiseen siirryttäessä. Yleisesti omaiset olivat melko vähän olleet yhteisissä kokouksissa läheistensä kuntoutukseen liittyen, vaikka siihen olisi mahdollisuus useamminkin.

*”Ei kyllähän se ol jo kesällä lähdössä sieltä, mutta mää soitin het kiireesti, et elekään hittolainen päästäkö sitä, että kun ilimotteli, että kahtelee asuntoa. Mää soitin sen sileän tien, ni sen jälkeen tuli viesti (läheiseltä), että mitä sää hänen asioihis puutu?”*

Omaisilta kysyttiin miten toiminnassa ajatellaan heidän läheistensä tulevaisuutta asumisyksikön ulkopuolella, jolloin kerrottiin toiminnan tähtäävän kuntoutuksen ja itsenäistämisen avulla omaan asuntoon siirtymiseen. Tässäkin kohtaa mainittiin lääkehoidon tärkeys, jotta kuntoutumisesta olisi merkittävää hyötyä. Lääkehoito vaatii erään omaisen mukaan sitoutumista sekä pidempi-aikeista ja katkeamatonta jatkuvuutta. Lääkehoito vaatisi asukkaalta sen hyväksymistä ja ymmärtämistä, mutta sitä ennen jonkun muun on valvottava, että lääkehoito tapahtuu oikein.

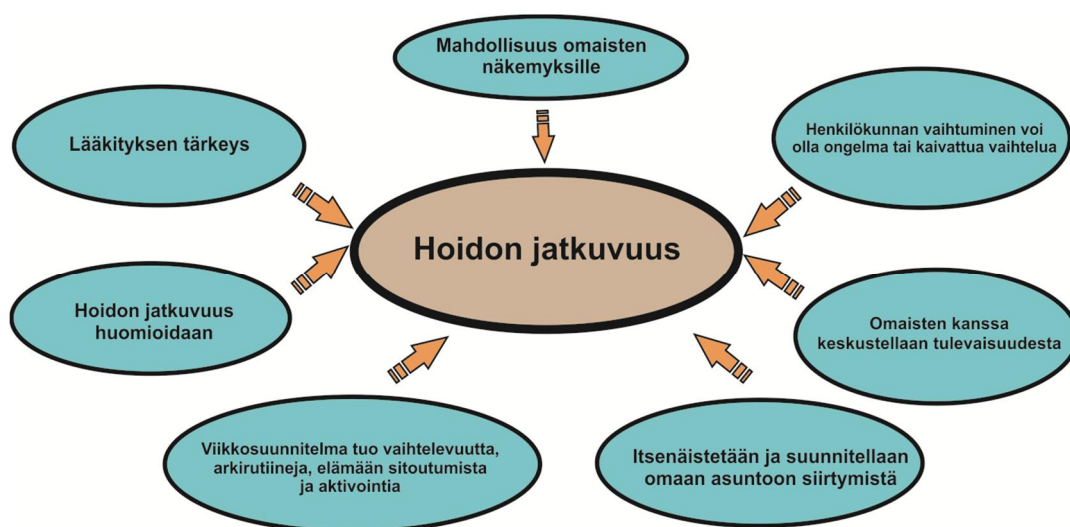
*”No kyllähän siinä varmana niin ku justiin näitä jokapäiväisiä toimintoja mitä nyt jokkainen kotonaan tekkee ja kaikkee tämmöstä täällä opetetaan. Ja seurataan tätä tämmöstä, esimerkiksi siivous-ta, ruuan laittoakin tullaan neuvomaan ja kaikkee,”*

Työntekijöiden vaihtumista eivät kaikki kokeneet ongelmaksi, koska asiasta ei ollut paljoa kokemusta. Asukkaalla saattoi olla useampi omahoitaja ja työntekijät olivat omaisille vieraita, joten oli hankala seurata vaihtuvuutta. Yksi omaisista sanoi, että vaihtuvuus vaikuttaa asukkaan elämään, mutta ei negatiivisessa muodossa. Työntekijöiden, harjoittelijoiden tai opiskelijoiden vaihtuminen saattoi olla jopa piristävää asukkaalle. Eräs omainen sanoi työntekijöiden vaihtumisen tuovan lähes aina ongelmia (alalla kuin alalla). Yhdeksi ongelmaksi hän mainitsi sen, että asukkaat joutuvat käymään henkilökunnan kanssa vaihtuvuudesta johtuen läpi samoja asioita useampaan kertaan ja siten myös hoidon jatkuvuus saattaa heikentyä.

*”Kyllähän hän niistä niin ku puhuu aina, että kai hän kokee ne huonona asiana ja näin. Kyllähän se jos tutustut johonkin, olkoon se nyt hoitaja tai vaikka minkälainen pelitoveri hyvänsä ja sitten aina vaihtuu, niin eihän sitä sillei pysty oppimaan sen kanssa toimimaan, puhumaan ja sillai.”*

Omaiset kokivat asukkaiden viikkosuunnitelman päivittämisestä saatavaksi hyödyksi vaihtelevuuden ja sitoutumisen elämään. Viikkosuunnitelma toi asukkaalle uutta sisältöä elämään ja näin se vei omaisen mukaan ajatuksia muualle vähentäen samalla turhautumista. Vaihtelevuus koettiin tärkeäksi asukkaan tilanteen mukaan, koska aina tähän ei ole mahdollisuutta. Vaihtelevuuden lisäksi mainittiin myös rutiinien tärkeys, ja ettei aina ole tarve tehdä jostain päivästä erilaista. Yhdellä haastateltavista ei ollut tietoa miten hänen läheisensä viikkosuunnitelmaa päivitetään. Yhdelle asukkaista mainittiin lemmikkieläimistä olevan paljon aktiviteettia. Kuvioon 10 on koottu hoidon jatkuvuuteen liittyvät vastaukset tiivistettynä.

*”Nii samallaisiahan ne on, eikä sitä nyt voi koko ajan olla niin ku jotain extremejuttua.”*



KUVIO 10. Hoidon jatkuvuus omaisten näkökulmasta

#### 8.2.5 Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen

Omaisilta kysyttiin mitä hyötyä kotikuntoutuksesta on, jolloin vastauksissa mainittiin asumisyksikössä olevan tuen ja avun olevan lähellä, sekä yleisen



turvallisuuden olevan olemassa. Asumisyksikkö oli kahden haastateltavan mielestä hyvä välimaasto sairaalan ja kodin välillä, ja niin sanotusti valmisteli läheistä itsenäiseen elämään valvonnan alla. Eräs omaisista vastasi lyhyesti ja ytimekkäästi kuntoutuksesta olevan hyötyä ja sillä olevan parantava vaikutus. Kuntoutusasumisyksikkö koettiin kuin kodiksi ja antavan mahdollisuuden omaan elämään. Kotikuntoutus antoi yhden haastateltavan mukaan omaisillekin hyvän olon ja mielenrauhan. Esille tuli, että verrattuna esimerkiksi kotisairaanhoidajan kerran päivässä suoritettaviin käynteihin, kotikuntoutus toimii paljon paremmin työntekijöiden jatkuvan tavoitettavuuden vuoksi. Itse tieto siitä, että paikalla on joku, toi jo turvaa. Helpottavaa tunnetta kotikuntoutus toi sillä, että vaikka aikaisemmassa paikassa oli sanottu, ettei asukas parane koskaan, on hänen vointi kotikuntoutuksen avulla nyt kohentunut ja myös omainen kokee läheisensä parantuneen.

*”Kun poika on ollu niin monessa paikassa ollu tätä ennen et, kyllä tää on ollu paras paikka, että on itelläkin ollu sellanen mielenrauha oikeestaan, ettei tarvii sitten joka ilta pelätä sitä. Kun on ollu aikoja, että kun ei oo kotia kerenny, kun on tullu semmonen soitto, että on niin huono olo.”*

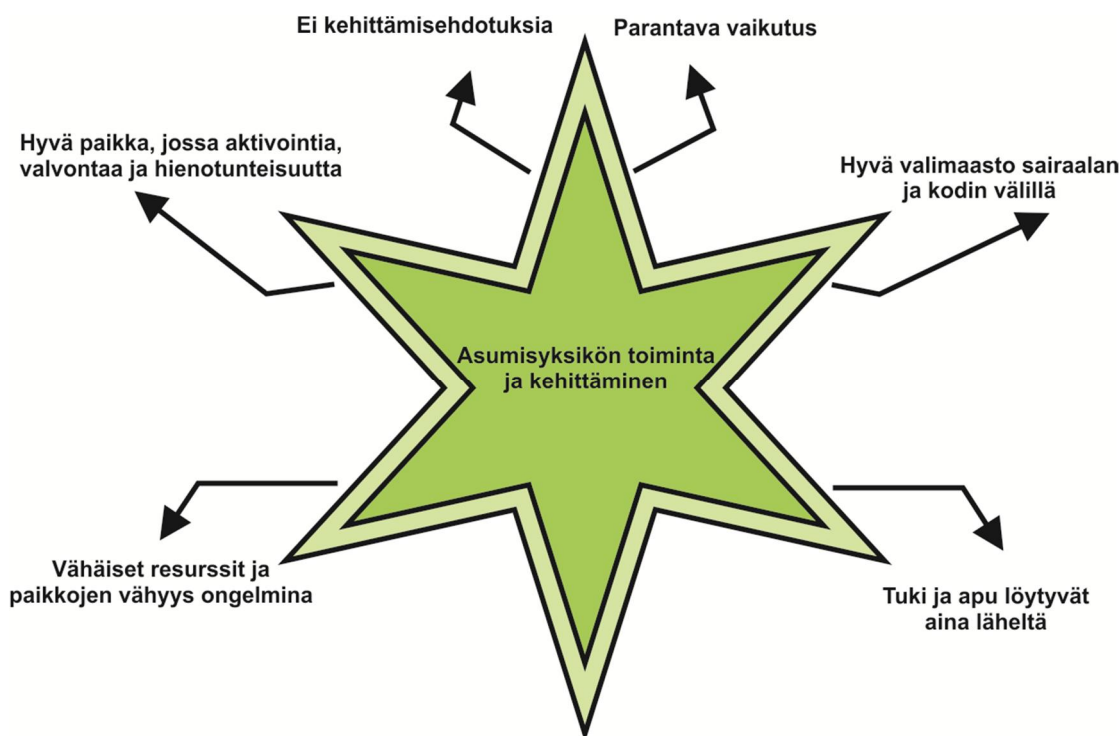
*”Vaikka lääkäri sanoikin eräässä sairaalassa silloin kun ensimmäisiä kertoja palaveriitten jälkeen tuli kahdestaan puhumaan, että valitettavasti sairaus on sen luonteinen... kun mää kysyin häneltä kuinka se jatkuu tästä... että ei parane koskaan. Hän sanoi ihan suoraan, ei parane koskaan. Ja nyt mää koen, että tytär on parantunut ja ihan kunnossa. Kyllä siitä paikasta on ollut valtava hyöty.”*

Omaisilta haluttiin tiedustella yksinkertaisella kysymyksellä, mikä oli ollut asumisyksikön toiminnassa parasta ja missä olisi kehittämisen varaa. Parhaita puolia löytyi helposti, mutta kehittämiseen ei omaisilla ollut suuria ehdotuksia. Kaikki omaiset olivat tyytyväisiä toimintaan. Paikka oli erään mielestä hienotunteinen asukkaita kohtaan ja siellä myös aktivoitiin ja valvottiin asukkaita. Harmillista oli, että paikkoja on niin vähän, jonot pitkät ja resurssit pienet. Rahoituksellisia leikkauksia tehdään yhden omaisen mielestä liikaa ja rahaa on

siten liian vähän. Koettiin harmilliseksi, ettei kuntoutusasumisyksiköistä riitä paikkoja kaikille, koska toiminta nähtiin ehdottoman tarpeelliseksi. Ajatusta potilaiden ”oman onnensa nojaan” jättämisestä tuotiin esille, koska sairaalaan pääsy on hankalaa, eikä yksinkään pärjää. Eräs omainen kertoi esimerkin siitä, kun asukas oli muuttanut asumisyksiköstä pois ja joutunut pian huonompaan vointiin. Asumisyksikköön palatessaan olo alkoi kuitenkin kohentua. Asumisyksikön toimintaan ja kehittämiseen liittyvät omaisten näkemykset on esitelty kuviossa 11.

*”Ja sit se valvonta. Joka on, ja pitää olla oikealla tavalla se valvonta, ettei oo sitä natsimeininkiä tai ryssän valvontaa, vaan se on hienotunteista. Se on mun mielipide.”*

*”Sitten ku ne jää tonne oman onnensa nojaan, ni tietää mikä on seuraus. Nii ja ei mene ku hetki ni ne on sitten sairaalassa. Ja sairaalaan kun et pääse vaikka... vaikka kuinka oot ja se tarttee vähintään muutama listiä tuolla. Ihan saa olla tillin tallin.”*



KUVIO 11. Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen omaisten näkökulmasta

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Hirsjärvi ja Hurme (2008) painottavat aineistoa kvalitatiivisesti analysoitaessa aineiston laatuun liittyvän reliaabeliuden koskevan tällöin tutkijan toimintaa, eikä niinkään haastateltavien vastauksia. Eli oleellista on, kuinka luotettavaa tutkijan tekemä analyysi materiaalista on. Reliaabeliutta mietittäessä tarkastellaan muun muassa sitä, onko kaikki käytettävissä oleva aineisto huomioitu, tiedot litteroitu oikein ja niin edelleen. On myös oleellista, että tuloksista heijastuu mahdollisimman pitkälle tutkittavien ajatusmaailma, vaikka onkin muistettava, että haastattelujen tulos riippuu aina haastattelijan ja haastateltavan yhteistoiminnasta. (Mts. 189.)

Toisen haastatteliyoista noin kolmen kuukauden työhistoria kyseisessä asumisyksikössä saattoi vaikuttaa siihen, millaisia vastauksia etenkin asukkailta saatiin, koska entinen työntekijä ei ole haastattelijana täysin ulkopuolinen. Voidaankin pohtia, uskalsivatko asukkaat sanoa kaiken haluamansa, vaikka aikaisemmin yksikössä työskennellyt haastattelijalla ei enää ollutkaan työyhteisön jäsen. Toisaalta haastattelijan ja haastateltavien yhteinen, vaikkakin lyhyt menneisyys saattoi vapauttaa haastattelutilannetta. Toisella haastattelijalla ei ollut puolestaan kokemusta psykiatrisesta kotikuntoutuksesta, joka saattoi parantaa tutkimuksen puolueettomuutta ja tuoda uutta näkökulmaa tulosten tarkasteluun. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan tarkasteltaessa objektiivista ongelmaa laadullisessa tutkimuksessa on syytä erottaa havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Tällä tarkoitetaan sitä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itsenään vai suodattuuko tiedonantajan kertomus tutkijan oman kehyksen läpi. Toisaalta Tuomi ja Sarajärvi myöntävät, että näin voi laadullisessa tutkimuksessa väistämättä käydä, koska tutkija on itse luonut ja tulkinnut tutkimusasetelman. (Mts. 135–136).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella aineiston keräämisvaiheesta aina tulosten tarkasteluun saakka. Aineistonkeruumenetelmät ja haastattelujen analysointitapa on esitelty, ja tutkimuksen tulososiossa on esitelty joitain haastateltavien vastauksia suorina lainauksina tarkoituksena havainnollistaa alkuperäisten haastattelujen luonnetta. On mahdollista, että toiset tutkimuksen tekijät voisivat analysoida haastatteluaineistoa eri tavalla teemoitellen ja haastatteluaineistostakin voisi muodostua erilainen, koska haastattelujen tulos riippuu aina haastateltavan ja haastattelijan yhteistoiminnasta. Tutkimuksessa esitetyissä tuloksissa on voitu yhdistää kahden haastattelijan eri näkökulmat yhteiseksi analyysikseen haastatteluaineiston pohjalta. Tulokset olivat hyvin samankaltaisia molempien haastattelijoiden näkökulmista, mutta erilaisia tuloksia saataessa aineistoa tarkasteltiin uudelleen, jotta analyysi vastasi mahdollisimman hyvin haastateltavien todellisuutta. Kuten Eskola ja Suoranta (1998, 212) mainitsevat teoksessaan, on mietittävä vastaavatko tutkijoiden käsitteellisyys ja tulkinta tutkittavien käsityksiä.

Kuten luvussa 7 mainittiin, asukkaiden haastattelut kestivät selvästi odotettua lyhyemmän aikaa. Kaikilla haastateltavilla diagnoosina on skitsofrenia, joten heidän vastauksiin on voinut vaikuttaa sairauden luonne haastattelijoiden ja haastateltavien välisen yhteistyön toimivuuden lisäksi. Sairaus on jokaisella myös erilainen, joten joillekin haastattelutilanteessa olemisen ja vastausten tuottaminen oli helpompaa. Esimerkiksi Kallanranta, Rissanen ja Vilkkumaa kirjoittavat teoksessaan Kuntoutus (2001, 176–177) skitsofreniaa sairastavalla ihmisillä olevan todettu ongelmia muun muassa monilla tarkkaavaisuuden osa-alueilla kuten valppaudessa, tarkkaavuuden ylläpidossa ja jaetussa tarkkaavuudessa, sekä kielellisissä muistitoiminnoissa.

Haastateltaville toimitettiin etukäteen saatekirjeen lisäksi myös kysymykset, joita haastatteluissa esitettäisiin. Tämä saattoi vaikuttaa luotettavuuteen, koska etenkin omaiset saattoivat kysyä asumisyksikön toiminnasta läheiseltään, joka oli myös valittu haastatteluun. Jos näin kävi, tämä mahdollisesti muutti omaisten vastauksia. Voi toisaalta olla, että lähettämällä kysymykset etukäteen vastaukset olivat totuudenmukaisempia ja mietitympiä, koska niitä oli ehditty pohtia ennen haastatteluja. Kysymysten toimittaminen etukäteen koettiin hyväksi vaihtoehdoksi, koska siten haastateltavat voivat esimerkiksi pohtia

mitkä asiat ovat tärkeitä asumisyksikössä tai missä asioissa olisi vielä kehitettävää. Jos kysymyksiä ei olisi toimitettu etukäteen haasteltaville, vaikeimpiin ja eniten pohdintaa vaativiin kysymyksiin ei olisi mahdollisesti saatu riittävästi vastauksia.

Haastatteluilmapiiri oli kaikissa haastatteluissa rento, ja etenkin ennen haastattelujen alkua käyty vapaamuotoinen keskustelu vapautti tunnelmaa. Haastateltavien luottamusta paransi selvästi ennen haastatteluja läpikäydyt haastateltavien oikeudet ja haastattelujen kulun kertaaminen. Haastattelijoiden aito kiinnostus haastateltavien näkemyksiä kohtaan ei myöskään voinut olla välittymättä, jolloin haastateltavilta saatiin syvällisempiä vastauksia. Heille painotettiin myös, että oikeita vastauksia kysymyksiin ei ole, vaan jokaisen henkilökohtainen näkemys on merkityksellinen ja kysymyksiin voi vastata omin sanoin. Kaikki haastateltavat ottivat katsekontaktia haastattelijoihin ja olivat siten aktiivisessa vuorovaikutuksessa haastattelijoiden kanssa.

## **9.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat**

Tämän tutkimuksen eettisiä näkökulmia olivat haastateltavien tunnistamattomuuden vaaliminen, haastattelutilannetta koskevat etukäteen ilmoitetut ehdot, vapaaehtoisuuden korostaminen haastatteluihin osallistumisessa ja toisen tutkimuksen tekijän työkokemus haastattelujen tekoa koskevassa kuntoutusasumisyksikössä. Haastateltavia hankittaessa toimeksiantajalle ja haastateltaville kerrottiin, että haastatteluista poistetaan kaikki tieto, jonka perusteella vastaukset voitaisiin yhdistää tiettyyn asumisyksikköön ja asukkaaseen. Koska kyseinen yksikkö on asukasmäärältään melko pieni, on vastausten anonymiuden säilyttäminen haastavaa etenkin siltä kannalta, ettei asumisyksikön henkilökunta tunnistaisi asukkaita vastauksista. Haastattelujen sisältö pyrittiin kuitenkin pitämään sellaisena, että siitä voitaisiin keskustella myös haastattelujen ulkopuolella ja ettei tutkimuksessa loukattaisi ketään haastatelluista. Jo haastateltaville jaettuun saatekirjeeseen kirjattiin myös, että haastateltavat

voivat keskeyttää haastattelun ilman erillistä syytä niin tahtoessaan tai kieltäytyä kokonaan haastattelusta.

Tutkimusten eettisten vaatimusten lähtökohtana toimii ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25). Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan tutkittavien suojaan kuuluu osallistuvien vapaaehtoinen suostumus. Tällä tarkoitetaan, että heillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää mukanaolonsa milloin haluavat ja oikeus kieltää jälkikäteen itseään koskevan aineiston käytön tutkimuksessa. Tutkimukseen suostuneilla henkilöillä on myös oikeus tietää nämä oikeutensa. (Mts. 131.) Tutkittaville toimituksessa saatekirjeessä kerrottiin, että nauhoitukset poistetaan tutkimuksen valmistuttua, ja tätä painotettiin myös jokaisen haastattelun alussa. Edellä mainittujen seikkojen lisäksi kerroimme haastateltaville uudelleen haastattelutilanteessa tutkimuksen tavoitteen ja menetelmät. Tuomen ja Sarajärven (2009, 131) mukaan tutkittavien suojaan kuuluu tietää mitkä ovat tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja riskit.

Merkittävin haastattelutilanteeseen liittyvä riski oli haastateltaville liian arkojen ja henkilökohtaisten asioiden läpikäyminen. Hankaluuksia pyrittiin välttämään tiedottamalla haastatteluihin osallistuville, ettei heidän tarvitse kertoa enempää kuin haluavat. Etukäteen toimitetut kysymykset todennäköisesti helpottivat haastatteluun osallistumista. Toisaalta Hirsjärvi ym. (2009) huomauttavat, että haastattelujen suorittaminen saattaa olla hyvä vaihtoehto silloin, kun halutaan tutkia haastateltaville arkoja tai vaikeita aiheita. Hirsjärvi ym. mainitsevat, että tästä ollaan tutkijoiden keskuudessa kuitenkin eri mieltä, koska kyselylomakkeilla saatava aineisto mahdollistaisi vielä etäisemmän kontaktin ja anonyymiyden tutkimuksen tekijään ja sitä myötä myös vielä arempien aiheiden käsittelyn. (Mts. 206.) Tarkoituksena ei ollut kuitenkaan asettaa haastateltavia hankalaan tilanteeseen käsittelemällä hyvin arkoja aiheita. Tällöin riskinä olisi voinut olla koko tutkimusta ajatellen myös haastateltujen henkilöllisyyksien paljastuminen, jota aikaisemmin mainituin tavoin pyrittiin estämään.

Eskola ja Suoranta (1998, 52–53) mainitsevat esimerkkejä tutkimuksen eettisistä ongelmakohdista, joita ovat tutkimuslupaan liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston keruuseen liittyvät ongelmat, tutkimuskohteen hyväksikäyttö,

osallistumiseen liittyvät ongelmat ja tutkimuksesta tiedottaminen. Tutkimuslupa hankittiin jo suunnitelmaa tehtäessä toimeksiantajalta, jolla oli mahdollisuus perehtyä tutkimuksen eettisyyteen. Yhteistyö yksikön henkilökunnan kanssa ja heidän mielipiteiden huomiointi haastattelukysymyksiä laadittaessa paransivat myös tutkimuksen eettisyyttä.

Aineistonkeruuseen ei liittynyt ongelmia, koska kaikki haastateltavat suostuivat haastattelujen nauhoittamiseen. Jos haastateltava vastasi jatkokysymyksen vain kieltävällä tai myöntävällä vastauksella ilman tarkennusta, häntä ei kuulusteltu enempää yksityisyyden kunnioittamiseksi. Kuten Eskola ja Suoranta (1998) mainitsevat, tutkimuksen aineistonkeruun ongelmana voi olla tarkasteltavan henkilön vastaaminen tai vastaamattomuus. Usein vastaaminen tai vastaamattomuus nähdään teknisenä ongelmana miettimättä sitä, että haastateltavalla saattaa olla eettisiä tai rationaalisia syitä olla vastaamatta tai kieltäytyä haastattelusta. (Mts. 53.)

Jos haastatteluihin osallistuminen olisi ollut heikkoa, olisi voitu miettiä tapoja suostutella osallistumaan tutkimukseen. Hirsjärven ym. (2009) mukaan on kuitenkin vaikeaa päätellä, missä menee suostuttelun ja pakottamisen raja. He myös pohtivat, mitä ongelmia syntyisi, mikäli osallistumisesta luvattaisiin palkio. (Mts. 25.) Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa mietittiin, miten tutkittavia motivoitaisiin osallistumaan haastatteluihin. Esiteltäessä tutkimuksen aihe henkilökohtaisesti haastateltaville he olivat välittömästi kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen. Todennäköisesti mahdollisuus vaikuttaa ja sanoa oma mielipide motivoivat asukkaita ja omaisia. Koska haastateltavia ei tarvinnut suostutella, tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta ei jouduttu tinkimään.

### **9.3 Tulosten tarkastelu ja hyödynnettävyys**

Tutkimustuloksissa korostuu psykiatrisen kotikuntoutuksen tärkeys. Kuntoutusasumisyksikön toiminta on tulosten mukaan merkittävästi helpottanut sekä

asukkaiden, että omaisten elämää. Etenkin omaisten mielestä kehitystä on tapahtunut monella elämänalueella asukkaiden päivittäisessä selviytymisessä. Asukkaiden voi olla vaikeampi huomata oma edistys verrattuna vähemmän kuntoutukseen osallistuneeseen omaiseen.

Kuntoutusasumisyksikön toiminnan kehittämisideoita saatiin haastatteluista vähän, koska haastateltavat kokivat asumisyksikön toiminnan nykyisessä muodossaan hyväksi. Kriittisesti tarkasteltuna omaisten tyytyväisyyteen saattoi vaikuttaa se, ettei heillä ollut paljoa omakohtaista kokemusta toiminnasta yksikössä, vaan kokemukset olivat suurimmaksi osaksi läheisiltä kuultuja. Verrattaessa asukkaiden ja omaisten vastauksia ei voida löytää selvästi poikkeavia näkemyksiä. Omaiset ilmaisivat esimerkkisyksikön kaltaisten paikkojen vähyyden ongelmaksi, joten yksiköiden lisäämisen voidaan ajatella olevan psykiatriseen kotikuntoutukseen liittyvä kehitysehdotus. Muuten sekä asukkaiden, että omaisten oli vaikea keksiä toimintaan kehitysehdotuksia. Omaisten vastauksissa korostui luottamus työntekijöiden sitoutumiseen, kun taas asukkaat kokivat eri työntekijöiden sitoutumisen vaihtelevan. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että omahoitajat suunnittelevat asukkaiden näkökulmasta aktiivisemmin kuntoutusta sellaisten asukkaiden kanssa, joiden kuntoutuminen vaatii vielä enemmän panostusta. Kuntoutuksessa pidemmällä olevat saavat puolestaan enemmän vapauksia ja siten omahoitajien sitoutumiseen ei välttämättä ole asukkaille samalla tavalla havaittavissa.

Ympäri vuorokautisen valvonnan tärkeys ja turvallisuuden tunne tulivat vahvasti esille sekä asukkaiden, että omaisten puheissa. Näiden asioiden tärkeyttä painotettiin ja vastausten perusteella ne ovat asumisyksikön toiminnan ydinkohtia, vaikka akuuttia hätää ja tarvetta turvautua henkilökunnan apuun ei olisiakaan. Varsinkin asukkaiden vastausten perusteella selvisi työntekijöiden tavat huomioida ja tukea asukkaita päivittäisten toimien ohessa. Kososen (2010, 32) mukaan kuntouttavaan hoitotyöhön kuuluu tärkeänä osana sairaanhoitajan antama psyykkinen tuki.

Asumisyksikköä kuvattiin ”pehmeänä laskuna” ja turvallisena välimuotona sairaalan ja täysin itsenäisen asumisen välillä, ja kokonaan omilleen siirtymisen tavoittelu ohjaa asukkaita päivittäisessä elämässä. Hoidon jatkuvuus ja lääke-



hoidon tärkeys korostuivat sekä asukkaiden, että omaisten kohdalla. Yksityisyys, kodinomaisuus ja harrastemahdollisuudet koettiin hyvinä ja terveyttä edistävinä seikkoina.

Jotkut asukkaista ja omaisista toivoivat enemmän joustoa yksikön retkiin ja ryhmiin osallistumiseen, mutta toisaalta yksikön asukkaat tarvitsevat hieman ”patistamista”, koska heidän pitäisi noudattaa omaa kuntoutussuunnitelmaansa. Edellä mainitut näkemykset ovat kuitenkin yksittäisiä ja niihin vaikuttavat asukkaan ja omaisen persoona, sekä yksilöllinen näkökulma. Eräs haastateltavista mainitsikin työntekijöillä olevan varmasti ammatillinen näkökulmansa asioihin, vaikka asukkaat ja omaiset eivät välttämättä osaa tarkastella asiaa samalta kannalta. Asukkaiden ja omaisten näkemykset huomioidaan, mutta heille tulisi myös tarvittaessa perustella päätökset väärinkäsityksien välttämiseksi. Näin epäilemättä myös tutkimuksen asumisyksikössä tapahtuu, mutta asukkaat ja omaiset eivät perusteluita omasta näkökulmastaan katsoen täysin välttämättä aina ymmärrä. Vuori-Kemilän ym. (2007, 161–162) mukaan omaisille tulee antaa tietoa läheisen sairaudesta ja sen hoidosta alusta alkaen, ja työntekijöiden on tärkeää kuulla myös omaisten näkemyksiä tilanteesta.

Yksityisyys huomioitiin ja omia toiveita arvostettiin, mikäli toiveita oli tai osasi toiveensa ilmaista. Omaisista moni oli yllätynyt hyvästä yksityisyydestä yksikössä. Tämä johtui vastauksista päätellen laitoshoidon tiukemmasta valvonnasta saaduista kokemuksista. Lääkehoito koettiin tärkeäksi ja se oli sekä omaisten, että asukkaiden mielestä hyvin järjestetty. Osalla asukkaista lääkeasiat olivat paremmalla mallilla, kun taas toisilla esimerkiksi oikean lääkityksen löytämisessä oli vielä hieman enemmän tehtävää. Lääkevalvonnan tarkkuutta toisaalta myös ihmeteltiin, vaikka lääkehoito sujui osalta jo lähes itsenäisesti. Suurin osa haastatelluista koki lääkevalvonnan kuitenkin tärkeäksi. Lääkehoidon kehittämiseksi osa haastatelluista toivoi enemmän keskustelua sivuvaikutuksista. Suurimmalle osalle niistä oli kuitenkin kerrottu tarpeeksi. Positiivista oli, ettei kukaan haastatelluista vähätellyt lääkehoitoa tai sanonut sen olevan täysin turhaa. Asianmukaista lääkehoitoa pidetään kuitenkin olennaisena osana psykiatrista kuntoutusta (Kuntoutus 2001, 184). Oletettavasti lääkehoito ei toteutuisi täydellisesti, mikäli itse asukkaalla tai tämän läheisellä olisi voimakkaasti negatiivisia asenteita lääkehoitoa kohtaan. Tepsell ja Son-

ninen (2009, 14) kertovat psyykenlääkkeitä käyttävillä potilailla hoitomyöntyvyyden olevan yhteydessä hoidon tuloksellisuuteen ja hoitoon sitoutumattomuuden taas heikentävän hoidon vaikuttavuutta. Tulosten mukaan yksikössä toteutuivat luvussa 4.1 mainitut lääkehoidolliset tärkeät osa-alueet eli kuntoutujan opettaminen, ohjaaminen ja psykoedukaatio.

Yhteisöhoidon nähtiin olevan erittäin tärkeä osa kotikuntoutusta. Aasukkaat olivat tulleet samoista lähtökohdista asumisyksikköön ja siten yhteisöstä saatiin vertaistukea ja ystäviä. Yhdessä tekeminen koettiin tärkeäksi sosiaalisissa taidoissa kehittämisessä. Vuorinen (2002) tiivistää vertaistukitoiminnan pohjautuvan mielenterveystyössä ajatukseen, että mielenterveysongelmia kokeneet ovat oman elämänsä asiantuntijoita. Heistä jokaisella on myös kokemukseen pohjautuvaa asiantuntijuutta, josta on hyötyä toiselle samassa elämäntilanteessa olevalle tai saman ongelman kanssa kamppailevalle. Vuorinen mainitsee pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsivien suurimmaksi ongelmaksi yksinäisyyden, ja että ihmissuhteita on vaikea muodostaa leimautumisen ja syrjäytymisen vuoksi. Siten mielenterveyskuntoutujat voivat rakentaa keskinäisen vertaistoiminnan avulla vastavuoroisia ihmissuhteita, joissa voidaan saada apua ja antaa sitä toiselle. Vertaistuen on todettukin olevan keskeinen, kuntoutujien itsensä arvostama kuntoutumisen osatekijä sekä edellytys. (Mts. 5, 9.) Mikkonen (2009) toteaa puolestaan Kuopion yliopistoon kirjoittamassaan väitöskirjassa, että vertaistuen kautta saadaan käsitteitä tarkasteltaessa muodollisen tilalle epämuodollinen, tieteellisyyden sijaan kokemuksellisuus ja monesti formaalisen asiakassuhteen tilalle läheisyys, vuorovaikutuksellisuus sekä inhimillisyys. Mikkonen mainitsee kuitenkin yhdeksi vertaistukiryhmien ongelmaksi esimerkiksi luottamuksen säilymisen ja henkilökohtaisten asioiden salassapidon, jolloin vertaistukiryhmä voi olla rakentavan ja vapauttavan luonteensa lisäksi myös yksinäisyyttä lisäävä ja painostava kuten alkoholistien AA-ryhmissä, ja vaatia sairastunutta pysymään omaksumassaan uhrin roolissa. (Mts. 31–32.) Lisäksi tutkimuksen kuntoutusasumisyksikössä on syytä kiinnittää huomiota asumisyksikön laitostavaan vaikutukseen, jotta asukkaat eivät eristäisi itseään ulkomaailmasta muodostaessaan suljetun yhteisön asumisyksikössä. Yksiköstä pyritäänkin järjestämään mahdollisimman paljon toimintaa

talon ulkopuolelle, jotta säilytettäisiin ja kehitettäisiin kykyä toimia sosiaalisessa kanssakäymisessä muualla yhteiskunnassa.

Asukkailla on haastattelujen perusteella runsaasti tekemistä viikkosuunnitelmien noudattamisessa. Joidenkin haastateltujen mielestä vaihtelua saisi olla enemmän, kun taas toiset ajattelivat arjen rutiinien olevan tärkeitä. Kuusisto (2009, 39) kuvaa pro gradu-tutkielmassaan, että mielenterveyspotilaiden säännöllinen päivärytmi vahvasti elämänhallintaa, lisäsi turvallisuuden tunnetta ja poisti toimettomuutta. Viikkosuunnitelman noudattaminen ja päivittäminen oli pääasiassa hyvää, vaikka joskus asukkaita tarvitsi kehottaa toimimaan, eikä aina jaksettu kaikkeen suunniteltuun osallistua. Koska asukkaat toivoivat uutta aktiviteettia, yhteisöä voitaisiin käyttää apuna kuntoutuksessa järjestämällä esimerkiksi kerran viikossa kokoontuva psykoedukaatioryhmä. Ryhmässä käytäisiin hoitajien johdolla läpi asukkaita askarruttavia kuntoutukseen liittyviä asioita kuten lääkitystä ja sairauden oireiden tunnistamista psyykkisen voinnin huonontuessa. Mikkosen (2009, 171) väitöskirjaan haastatellut eri sairauksiin sairastuneet kertoivat vertaistukeen liittyen, että ammattityöntekijöiden ei ole mahdollista toimia vertaistuksessa, eikä se merkittäväksi asiaksi koetun rahan- ja ajanpuutteen vuoksi olisi mahdollistakaan. Siten tutkimuksen asumisyksikössä voitaisiin hyödyntää yhteisöä enemmän esimerkiksi psykoedukaation toteuttamisessa, rahallisten ja ajallisten resurssien ollessa nykyisellään olemassa. Lisäksi asukkaita voisi käydä rahallisista resursseista riippuen esimerkiksi kerran kuukaudessa aktivoimassa talon ulkopuolinen toimintaterapeutti, joka voisi järjestää esimerkiksi taidetyöpajaa ja muuta luovaa toimintaa, joka kehittäisi kognitiivisia, sosiaalisia, fyysisiä ja psyykkisiä taitoja.

Tulosten perusteella asumisyksikössä huomioidaan hoidon jatkuvuus yksiköstä pois muuttamista ajatellen ja omaiset otetaan kuntoutuksen suunnitteluun mukaan. Asukkailla on mahdollisuus käydä sopimuksen mukaan asumisyksikön ryhmissä tai tiloissa, vaikka olisi muuttanut muualle asumaan. Pääasiassa henkilökunnan vaihtuvuutta ei koettu ongelmaksi, mutta pieni osa haastateluista näki sen voivan vaikuttaa negatiivisesti kuntoutukseen. Omahoitajien ja muiden hoitajien toiminnassa ei ollut havaittu merkittävää eroa, vaikka jonkinlaista kokemusta siitä olikin. Parasta asumisyksikössä nähtiin olevan yhteisöllisyys, yhteinen toiminta (esimerkiksi retket ja ryhmät) sekä ympärivuorokauti-

nen valvonta. Yhteisöllisyyden ja yhteisen toiminnan mielekkyys on tärkeää, koska niillä pyritään tarkoituksenmukaisesti hoidollisiin tavoitteisiin, kuten luvussa 4.2 on aikaisemmin todettu. Valvonnan osalta pelkkä tieto siitä, että joku on aina tarvittaessa paikalla lisäsi asukkaiden ja omaisten turvallisuuden tunnetta.

Tutkimuksen tekijät ovat oppineet tutkimusta tehdessään hyödyntämään aikaisempia tutkimuksia ja muita kirjall lähteitä kriittisesti analysoiden sekä vertailemaan aikaisempia tutkimuksia tämän tutkimuksen tuloksiin. Haastattelujen teosta ja niiden etukäteissuunnittelusta tutkimuksen tekijät ovat saaneet paljon uutta kokemusta. Haastattelukysymyksiä olisi voinut pohtia tarkemmin ja käyttää kysymysten laadintaan enemmän aikaa, jotta haastatelluilta olisi saatu entistäkin paremmin toimintaa kuvaavia vastauksia. Etenkin omaisille esitetyt kysymykset olisivat voineet poiketa sisällöltään enemmän asukkaille esitetyistä kysymyksistä, koska omaisilla ei voinut olla muutamaan kysymykseen vastaamiseksi vaadittavaa kokemusta asumisyksikön päivittäisestä toiminnasta. Toisaalta asukkaiden ja omaisten kysymysten ollessa samanlaisia, voitiin heidän vastauksia verrata paremmin toisiinsa ja löytää niistä samoja asioita sekä eroavaisuuksia. Tutkimuksen tekijät voivat tulevaisuudessa käyttää hyväkseen haastattelutilanteista saatua kokemusta esimerkiksi tulevaisuuden ammateissaan potilaiden kanssa toimiessaan. Tutkimusta tehtäessä saatiin myös lisäkokemusta yhteistyöstä terveysalan ammattilaisten kanssa sekä tutkimuksen tekemiseen liittyvien käytännön asioiden organisoimisesta (esimerkiksi tutkimusluvan hakeminen, haastatteluista sopiminen ja tunnistamattomuuden vaaliminen).

Tutkimuksesta saadaan tietoa psykiatrisesta kotikuntoutuksesta asiakkaiden näkökulmasta yhden yksikön esimerkin kautta. Kyseessä on melko pieni ryhmä haastateltuja, joten tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta sitä voidaan soveltaa käytäntöön. Tutkimuksessa on kuitenkin kuvattu esimerkkien avulla toimivia ja kehittämistä vaativia asioita ja siten tutkimus voi herättää ajatuksia psykiatrisen kotikuntoutuksen järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Jatko-tutkimuksena voisi olla määrällinen tutkimus, jossa näiden tutkimustulosten perusteella kartoitettaisiin samoja teema-alueita hyödyntäen, mitkä olisivat suuremman joukon näkemykset psykiatrisesta kotikuntoutuksesta. Toisaalta

jatkotutkimuksena voisi haastatella kuntoutusasumisyksikön entisiä asukkaita vapaammilla kysymyksenasetteluilla kuntoutumiseen eniten vaikuttaneista asioista.

## LÄHTEET

Ahlfors, L., Saarikoski, M. & Sova, I. 1992. Psykiatrinen auttamistyö. 2. uud. p. Tampere: Weilin+Göös.

Asumista ja kuntoutusta: mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 11.03.2010.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3728.pdf&title=Asumista\\_ja\\_kuntoutusta\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3728.pdf&title=Asumista_ja_kuntoutusta_fi.pdf)

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. p. Tampere: Vastapaino.

Ethics in Community Mental Health Care: Commonplace Concerns. 2002. Toim. Backlar, P. & Cutler, D. New York: Kluwer Academic.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009 Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hytönen, S. & Mikkola, M. 2001. ”Että löytäisi niitä hyviä puolia siitä elämästä, minkä takia se ihminen jaksaisi”: työntekijöiden kokemuksia psykiatrisesta kotikuntoutuksesta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma.

Hägg T., Rantio M., Suikki P., Vuori A. & Ivanoff-Lahtela P. 2007. Hoitotyö kotona. 1.p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Jormanainen, P. 2002. Yhteisöhoito. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.9.10.

<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/yhteiso.htm>

Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelma. 2007. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 12.3.2010.

<http://www.ksshp.fi/Public/download.aspx?ID=24267&GUID={1E92F9E5-B3D7-4510-92AC-A7946FAB6E2F}>

Korhonen, A-L. & Huttunen, P. 2001. Omat voimat käyttöön – Yhteisvoimin. Kuntoutusneuvontaa mielenterveyskuntoutujille ja heidän läheisilleen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 92/ 2001. Omaiset mielenterveystyön tukena ry.

Kosonen, M. 2010. Mielenterveyspotilaan kuntoutumisvalmius. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma.

Kuntoutus. 2001. Toim. Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. Jyväskylä: Duodecim.

Kuusisto, M. 2009. Psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan elämänhallintaa vahvistavat ja heikentävät tekijät. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Viitattu 5.3.2010. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 5.3.2010. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Viitattu 4.3.2010. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Viitattu 27.09.2010. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Viitattu 10.03.2010. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos.

Murto, K. 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylän Koulutuskeskus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Noppari E., Kiiltomäki A. & Pesonen. A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Notko, T. & Järvikoski, A. 2004. Voimaa kuulluksi tulemisesta. Mielenterveyskuntoutujien kotikuntoutusprojektin arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 26/ 2004. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Psykiatria. 2003. Toim. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2-3 p. Helsinki: Duodecim.

Psykiatria. 2007. Toim. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Psykiatrisen kotikuntoutuksen toimintamalli Keski-Suomessa. 2007. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kotikuntoutuksen suunnitteluryhmän luonnos 14.8.2007. Viitattu 11.3.2010.

<http://www.ksshp.fi/Public/download.aspx?ID=11370&GUID=%7BDE394D15-5FC0-458B-B66F-AFA6F81D9E5B%7D>

Punkkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. 2. p. Helsinki: Tammi.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 1.10.2010. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>, KvaliMOTV, osio 7, luku 7.3.4.

Salokangas, R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A-M. & Saarinen, S. 2000. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Helsinki: Stakes.

Tepsell, T. & Sonninen, A. 2009. Lääkehoidon ohjaaminen yhteistoimintamallin mukaisesti: verkkoperehdytysmateriaali psykiatrisessa osastohoidossa olevien potilaiden parissa työskenteleville. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. laitos. Helsinki: Tammi.

Virtanen, M-K. 2005. Kotikuntoutuksen auttamismenetelmät mielenterveyskuntoutuksessa. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uud. p. Helsinki: WSOY.

Vuorinen, M. 2002. Meidän ryhmä – hyvä juttu: kokemuksia ja tuloksia oma-aputoiminnasta. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.



## LIITTEET

### Liite 1. Saatekirje haastateltaville

#### Hei kuntoutusasumisyksikön asukas/asukkaan omainen!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teemme opintojemme loppuvaiheeseen kuuluvaa opinnäytetyötä. Opinnäytetyöhömmme kuuluu osuus, jossa haastattelemme kuntoutusasumisyksikön asukkaita ja heidän omaisiaan. Toinen meistä on työskennellyt asumisyksikössä kesän 2009 ja on siten tuttu asukkaille, sekä osalle omaisista. Haastattelulla pyrimme saamaan tietoa asukkaiden ja omaisten ajatuksista, sekä tuntemuksista kotikuntoutusta kohtaan. Opinnäytetyöllä haluamme nostaa asukkaiden ja omaisten ääntä kuuluviin, jotta toimintaa voitaisiin kehittää, ja olemassa olevia hyviä menetelmiä säilyttää. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä kuntoutusasumisyksikön henkilökunnan kanssa, joten tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä myös heihin (vastaava hoitaja X puh. 014-XXXXXXX tai 0400-XXXXXX). Olemme hankkineet myös tutkimusluvan kyseiseen opinnäytetyöhön toimeksiantajan johtavalta hoitajalta X:ltä.

Haastattelut tulemme toteuttamaan syyskuun aikana. Kysymykset ovat tämän kirjeen mukana liitteenä, jotta voitte niihin alustavasti tutustua. Haastattelut nauhoitetaan teidän luvallanne, koska näin meidän opiskelijoiden on helpompi purkaa sekä tulkita vastauksia. Teillä on kuitenkin oikeus kieltäytyä kyseisestä haastattelusta tai lopettaa se kesken ilmoittamatta meille syytä. Toteutamme opinnäytetyömme niin, ettei siitä pystytä tunnistamaan haastateltujen henkilöllisyyttä, eikä edes sitä, mihin asumisyksikköön tutkimus kohdistuu. Nauhoitetut keskustelut jäävät vain meidän kahden opiskelijan kuunneltaviksi ja nämä hävitetään työn päätyessä. Haastattelut toteutetaan kolmen henkilön kesken, jolloin haastattelutilanteeseen osallistuvat allekirjoittaneet sekä itse haastateltava (asukas tai omainen).

Otamme teihin vielä puhelimitse yhteyttä tarkemmista aikatauluista ja haastattelupaikoista. Tarvittaessa ota yhteyttä:

Ari-Pekka Roulamo puh. 040-XXXXXXX, email. XXXXX@jamk.fi

Ari Lehtonen 040-XXXXXXX, email. XXXXX@jamk.fi

Ohjaava opettajamme on Carita Kuhanen (puh. 050-XXXXXXX, email. XXXXX.XXXXXXX@jamk.fi), johon voitte myös tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Ystävällisin terveisin,

Ari Lehtonen ja Ari-Pekka Roulamo

## **Liite 2. Haastattelukysymykset asumisyksikön asukkaille**

### **Teema: Huolenpito**

- Miten työntekijät huomioivat teitä vuorokauden aikana?
- Miten yksityisyytenne ja omat toiveenne huomioidaan?
- Kuvailekaa, miten henkilökunta keskustelee psyykkisestä voinnista kanssanne tilanteen niin vaatiessa?
- Millaista hyötyä koet työntekijöiden ympärivuorokautisesta läsnäolosta teille olevan?
- Millaisissa arkisissa asioissa tarvitsette mielestänne apua ja tukea?
- Mitkä asiat vaikuttavat turvallisuuden tunteeseesi asumisyksikössä?

### **Teema: Lääkehoito**

- Millaista apua ja ohjausta saatte lääkeasioissanne?
- Millaisesta lääkkeisiin liittyvästä avusta on eniten hyötyä ja miten työntekijät voisivat auttaa teitä entistä paremmin?

### **Teema: Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen**

- Mitä mieltä olette yhteisön kesken tapahtuvasta toiminnasta?
- Miten sitoudutte viikkosuunnitelmaanne ja eri ryhmien toimintaan?
- Millä tavalla työntekijöiden sitoutuminen kuntoutukseenne ilmenee?

### **Teema: Hoidon jatkuvuus**

- Millä tavalla omaisenne otetaan huomioon suunniteltaessa kuntoutustanne sekä tulevaa elämäännne asumisyksikön ulkopuolella?
- Millä tavalla toiminnassa ajatellaan tulevaisuuttanne asumisyksikön ulkopuolella?
- Miten asumisyksikön työntekijöiden vaihtuminen vaikuttaa elämäännne asumisyksikössä?
- Mitä hyötyä on viikkosuunnitelmanne päivittämisestä?

### **Teema: Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen**

- Mistä asioista haluaisitte keskustella henkilökunnan kanssa enemmän?
- Millaista hyötyä koette kotikuntoutuksesta olevan?
- Mikä asumisyksikön työntekijöissä on parasta ja missä olisi kehittämisen varaa?
- Mikä asumisyksikön toiminnassa on parasta ja missä olisi kehittämisen varaa?

### **Liite 3. Haastattelukysymykset asumisyksikön asukkaiden omaisille**

#### **Teema: Huolenpito**

- Miten työntekijät huomioivat läheisenne vuorokauden aikana?
- Miten läheisenne yksityisyys ja omat toiveet huomioidaan?
- Kuvailkaa, miten henkilökunta keskustelee psyykkisestä voinnista läheisenne kanssa tilanteen niin vaatiessa?
- Millaista tukea ja huomiota saatte, mikäli läheisenne vointi huononee?
- Millaista hyötyä koette työntekijöiden ympärivuorokautisesta läsnäolosta olevan?
- Millaisissa arkisissa asioissa läheisenne tarvitsee mielestänne apua ja tukea?

#### **Teema: Lääkehoito**

- Millaista apua ja ohjausta läheisenne saa lääkitysasioissa?
- Millaisesta lääkkeisiin liittyvästä avusta on läheisellenne eniten hyötyä ja miten työntekijät voisivat auttaa häntä entistä paremmin?

#### **Teema: Yhteisöhoito ja hoitoon sitoutuminen**

- Mitä mieltä olette yhteisön kesken tapahtuvasta toiminnasta?
- Miten läheisenne sitoutuu viikkosuunnitelmaan ja eri ryhmien toimintaan?
- Millä tavalla työntekijöiden sitoutuminen läheisenne kuntoutukseen ilmenee?

#### **Teema: Hoidon jatkuvuus**

- Millä tavalla teidät otetaan huomioon suunniteltaessa läheisenne kuntoutusta sekä tulevaa elämää asumisyksikön ulkopuolella?
- Millä tavalla toiminnassa ajatellaan läheisenne tulevaisuutta asumisyksikön ulkopuolella?
- Miten asumisyksikön työntekijöiden vaihtuminen vaikuttaa läheisenne elämään asumisyksikössä?
- Mitä hyötyä on läheisenne viikkosuunnitelman päivittämisestä?

#### **Teema: Asumisyksikön toiminta ja kehittäminen**

- Millaista hyötyä koette kotikuntoutuksesta olevan?
- Mikä asumisyksikön toiminnassa on parasta ja missä olisi kehittämisen varaa?